Esta obra dedica-se a enfatizar a teoria e a técnica referentes a um importante instrumento de trabalho do profissional de saúde mental: a entrevista. Prioriza a compreensão da aplicabilidade desse instrumento nos diversos campos de atuação profissional, assim como aborda a diversidade possível de olhares sobre a interação humana que caracteriza a situação de entrevista.

Organizado por Mônica Medeiros Kother Macedo e Leanira Kesseli Carrasco, ambas professoras da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), este livro retrata a atualidade e a abrangência do tema considerando os diferentes contextos nos quais a entrevista se apresenta como recurso técnico indispensável.

ISBN 85-7396-381-6

(con)textos de entrevista

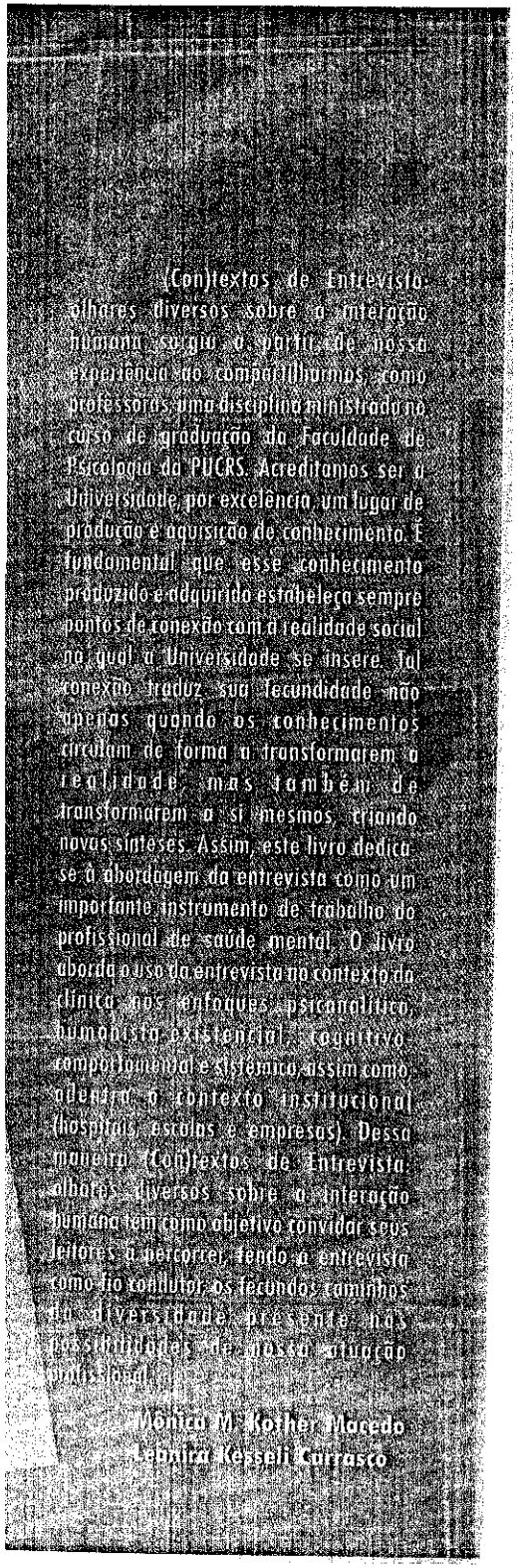
(con)textos de
entrevista

olhares diversos sobre a interação humana

organizado por
Mônica M. Kother Macedo
Leanira Kesseli Carrasco

159.9.072.533.2
M141c
e.9

[18895794]



(CON)TEXTOS DE ENTREVISTA

Olhares diversos sobre a interação humana

Mônica Medeiros Kother Macedo
Leanira Kesseli Carrasco
(Orgs.)

(CON)TEXTOS DE ENTREVISTA

Olhares diversos sobre a interação humana

Autores:

Adriana Ampessan
Ângela Cristina Barrios Pratini Seger
Blanca Susana Guevara Werlang
Carolina Neumann de Barros Falcão
Denise da Costa Hausen
Dulce Helena Aguilar Baldo
Fabrícia Ramos
Irani de Lima Argimon
Jacqueline Poersch Moreira
Janice de Oliveira Castilhos Vitola
Juliana Rausch Potter
Kelly Cardoso Paim
Leanira Kesseli Carrasco (org.)
Maria Lúcia Tiellet Nunes
Marta Cemin
Mônica Medeiros Kother Macedo (org.)
Nádia Maria Marques
Nadir Helena Sanchotene de Souza
Nelson Asnis
Neri Maurício Piccoloto
Ricardo Wainer
Sissi Vigil Castiel
Terezinha Rech

Associação Unificada Paulista de Ensino Renovado Objetivo - ASSUPERO
Data 04/05/11
Nº de Chamada 159.9.07 M141c 2
nº. de Volume 18895794
Registrado por

Casa do Psicólogo®

© 2005 Casapsi Livraria Editora e Gráfica Ltda
É proibida a reprodução total ou parcial desta publicação, para qualquer finalidade, sem autorização por escrito dos editores.

1ª edição
2005

Editores
Ingo Bernd Güntert e Silésia Delphino Tosi

Produção Gráfica e Editoração Eletrônica
André Cipriano

Revisão Ortográfica
Suzana Rehmenklau & Adriane Schirmer

Capa
André Petry

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

(Con)textos de entrevista: olhares diversos sobre a interação humana / Mônica Medeiros Kother Macedo, Leanira Kesseli Carrasco, (organizadoras). – – São Paulo: Casa do Psicologo®, 2005.

Vários autores.
Bibliografia.
ISBN 85-7396-381-6

1. Entrevista 2. Interação Social 3. Psicanálise
I. Macedo, Mônica Medeiros Kother. II. Carrasco, Leanira Kesseli. III. Título: Olhares diversos sobre a interação humana.

05-4072 CDD-158.3

Índices para catálogo sistemático:

1. Entrevista: Psicologia aplicada 158.3

Impresso no Brasil
Printed in Brazil

Reservados todos os direitos de publicação em língua portuguesa à

© 2005 Casapsi Livraria Editora e Gráfica Ltda
É proibida a reprodução total ou parcial desta obra para qualquer finalidade. Todos direitos reservados.
Rua Santo Antônio, 1010 – Jd. México – Itatiba/SP – Brasil
CEP 13253-400 – Tel.: (11) 4524.6997 – www.casadopsicologo.com.br

APRESENTAÇÃO

"Imagine-se que um explorador chega a uma região pouco conhecida onde seu interesse é despertado por extensa área de ruínas com restos de paredes, fragmentos de colunas e lápides com inscrições meio apagadas e ilegíveis. Pode contentar-se em inspecionar o que está visível, em interrogar os habitantes que vivam nas vizinhanças – talvez uma população semibárbara – sobre o que a tradição lhes fala da história e do significado desses resíduos arqueológicos, anotando o que lhe foi dito – e então seguir viagem. Mas pode agir diferentemente. Pode levar consigo picaretas, pás e enxadas e colocar os habitantes para trabalhar com esses instrumentos. Junto com eles, pode atacar as ruínas, remover o lixo e, começando dos resíduos visíveis, descobrir o que está enterrado. Se seu trabalho for coroado de sucesso as descobertas são "auto-explicativas": as paredes arruinadas são parte das muralhas de um palácio ou de uma tesouraria; os fragmentos de colunas podem reconstituir um templo; as numerosas inscrições, que por um lance de sorte podem ser bilíngües, revelam um alfabeto e uma linguagem que, uma vez decifrados e traduzidos, fornecem informação nem sonhada sobre eventos do mais remoto passado, para cuja comemoração os monumentos foram construídos. Saxa loquuntur!"*[1 e 2]

Considerando a Psicanálise como teoria que sustenta a compreensão do Homem em um espaço de investigação, vitalizado pela curiosidade entre o desconhecido e o conhecido, e o trânsito entre o sinistro e o familiar, é possível acompanhar os feitos dessas dualidades na via da repetição. Por meio da psicanálise podemos adentrar um labirinto caracterizando um caminho

[1] *[As pedras falam!]
[2] FREUD, Sigmund – Etiologia da Histeria [1896]. AE. Vol III. P.192

a ser descoberto, um enigma a ser decifrado, um espaço no qual a hospitalidade se faz necessária. O estrangeiro dentro de cada um não deve inviabilizar os diferentes e diversos sentidos da palavra hospitalidade. Hospitalidade remete a uma atitude intrínseca ao processo de desvendar o sinistro de nossos analisandos na clínica psicanalítica, mas também faz alusão à capacidade de escuta entre os pares.

A leitura de *(Con)textos de Entrevista* é uma oportunidade privilegiada para testar a capacidade de conviver com as diferenças, nos referenciais teóricos, que sustentam a escuta dos autores que se apresentam nestas páginas. O território comum entre eles são as inquietações que provocam o encontro com o outro: como ouvi-lo, pensá-lo, responder a isso? A partir de diferentes concepções teóricas de como responder à demanda que o outro formula, os autores deste livro construíram diversas posições de escuta.

Penso que é necessário situar-se em uma certa posição em relação à descoberta na arqueologia do outro, posição que, independe das diferenças, porque é ética.

(Con)textos de Entrevista é um livro escrito a partir de experiências em diversos campos profissionais, mas o que chama a atenção, porque não é comum em nosso meio, é que os autores não trataram a teoria como dogma e se colocaram distantes da prática viabilizada como receita. Todos, cada um em sua perspectiva, propõem que pensemos a entrevista como o recurso de "escutar" o outro, tanto na especificidade como na finalidade de cada encontro. A complexidade de um sistema aberto prevê a fecundidade no intercâmbio.

As organizadoras deste livro, Leanira Kesseli Carrasco e Mônica Medeiros Kother Macedo, no capítulo de abertura, sustentam que "a entrevista, nas suas diferentes aplicações, é uma técnica de interação social, de interpenetração informativa quebrando, assim, isolamento grupais, individuais, sociais; pode

também servir à pluralização de vozes e à distribuição democrática da informação". Marcam com a flexibilidade do pensamento acadêmico voltado para a investigação um espaço para que outros colegas se pronunciem também o que pensam sobre o que fazem.

Passo a apresentação de cada capítulo, antecipo minhas desculpas aos próximos leitores deste livro, por cometer o deslize de permanecer, por mais tempo, nas páginas, com aqueles autores com quem tenho "comemorado" as descobertas valiosas na construção legada por Sigmund Freud.

Per via de porre, uma intervenção psicanalítica? Capítulo escrito por Denise Hausen evidencia o lugar de compromisso que ocupa em relação à psicanálise. Leva-nos a pensar sobre as diferenças das produções psíquicas e as conseqüências nas intervenções do analista. Recupera a proposta freudiana, na pedra bruta escultura-se o conflito, e **per via de levare** encontra a terapêutica de acesso ao conteúdo recalcado: aqui, propõe que pensemos em intervenções **per via de porre** considerando suas inquietações com as patologias que caracterizam a clínica atual.

A escuta na Psicanálise e a Psicanálise da escuta, assinado por Mônica Medeiros Kother Macedo e Carolina Neumann de Barros Falcão, é uma reflexão. Os questionamentos, entre linhas, sobre: Em que consistem a originalidade e a singularidade da experiência analítica? O que se transmite na Psicanálise?, Como se transmite? levam-nos a pensar que a experiência em psicanálise não tem outro sentido: é a experiência que cada um retira de sua própria análise. Uma escolha que não pode ser por fidelidade, nem por prescrição, nem por reprodução; "o que visa ser escutado na psicanálise resulta em uma psicanálise da escuta".

Sissi Vigil Castiel e Carolina N. de Barros Falcão escrevem *A implicação do lugar do analista no destino do processo analítico*. Como as autoras, também penso que o campo

transferencial é, por excelência, o campo de ação da Psicanálise. Assim, analista e analisando, no jogo de dupla escuta, podem construir destinos "para as forças pulsionais e inscrevê-las no universo da simbolização. Dentro desse contexto, a sublimação seria o destino pulsional que se relacionaria a formas alternativas de satisfação de desejo". É um desafio à capacidade do analista de colocar-se como objeto da pulsão e sujeito da ação transformadora.

Adriana Ampessan historiza um percurso teórico-clínico muito peculiar para definir-se na escuta do padecer infantil. *A singularidade da psicanálise infantil* leva o leitor a aproximar-se de aportes que sustentam a escuta no processo de análise da criança. As entrevistas iniciais, as hipóteses, a inclusão dos pais fazem parte de um circuito dinâmico que fundamenta a terapêutica.

Irani de Lima Argimon e Kelly Cardoso Paim relatam, em *A entrevista motivacional,* a experiência com pacientes em uma unidade de dependência química para apresentarem as intervenções que consideram terapêuticas.

Em *Entrevista em psicoterapia cognitiva*, Ricardo Wainer e Néri Maurício Piccoloto apresentam os aspectos que consideram importantes no desenvolvimento das entrevistas nesta modalidade terapêutica.

Janice Castilhos Vitola e Marta Regina Cemin movimentam-se no contexto de entrevista a partir da afirmação de que "o psicoterapeuta é uma caixa de ressonância e um amplificador da experiência do cliente. Percebe-se como um todo, não julga, não interroga, não tranqüiliza nem interpreta. Seu objetivo é acompanhar as descobertas do cliente na forma como ele as vai experienciando."

Nadir Helena Sanchotene de Souza apresenta o eixo que sustenta a modalidade de sua escuta na *Terapia Familiar* ao escrever que "os conceitos-chave do pensamento sistêmico

dizem respeito à totalidade, à organização e à padronização. Os eventos são examinados dentro do contexto no qual ocorrem, ou seja, na família, e a atenção do terapeuta é centrada nas conexões e nas relações entre os membros, mais do que nas características individuais".

Em *A circularidade sistêmica na escuta clínica*, Terezinha Rech afirma "a entrevista, primordialmente as primeiras, consiste em lidar com situações complexas e ansiogênicas pela natureza da tarefa. Por um lado, exige do profissional um grande esforço interpretativo e, por outro, de seus integrantes um esforço para estabelecer a comunicação. Ambas as partes mantêm-se sob o efeito de uma forte carga emocional, dificultando o seguimento de um padrão determinado".

Entrevista de Triagem: espaço de acolhimento, escuta e ajuda terapêutica, de Nádia Marques, autora com longa experiência em atendimento institucional que contribui com suas observações acerca do valor das entrevistas de triagem. Neste modelo, o entrevistador e o entrevistado têm objetivos específicos e papéis diferenciados. Escreve a autora que as entrevistas de triagem são realizadas dentro do enfoque psicodinâmico e têm como objetivos elaborar uma história clínica, definir hipóteses de diagnóstico e a indicação terapêutica.

Psicodiagnóstico: recurso de compreensão, no trabalho do psicólogo de Leanira Kesseli Carrasco e Juliana Rausch Pötter, em um momento de discussão em torno da utilização dos testes na psicologia, as autoras procuram contextualizar a aplicação no processo de psicodiagnóstico e, fazem, inclusive, uma relação interessante com a identidade do psicólogo.

Entrevistas retrospectivas: autópsia psicológica de Blanca Suzana Guevara Werlang, Mônica Medeiros Kother Macedo e Nelson Asnis. Por meio deste capítulo os autores entram no campo do inédito: a entrevista em que o outro efetivamente está ausente, não do lugar, mas, sim, da vida. Na seriedade que

norteia o trabalho destes autores, encontramos na pesquisa que realizam a maneira científica deste procedimento — as entrevistas retrospectivas. Tal instrumento viabiliza a compreensão da morte por suicídio, no qual, segundo os autores, o "interesse é de organizar aquilo que é lembrado quanto à vida do objeto de estudo". A complexidade desta "entrevista" exige do entrevistador um treinamento e uma formação especial, além de indispensável qualificação e experiência clínica. É escutar "sobre" quem escolheu sair da vida; são hipóteses atravessadas pelos efeitos assustadores do ato.

Entrevista como instrumento de pesquisa, capítulo assinado por Maria Lúcia Tiellet Nunes leva-nos a refletir sobre a entrevista como método atrativo ao pesquisador no qual a habilidade de conduzir uma conversação se faz necessária. A autora aborda de forma clara e didática a entrevista semi-estruturada como procedimento de coleta de dados assim como, discorre sobre a análise de conteúdo como método de análise das entrevistas. O capítulo encerra com considerações éticas em relação à entrevista no contexto da pesquisa.

Jacqueline Poersch Moreira, respaldada na sua experiência em Psicologia Escolar apresenta, de forma cuidadosa, um roteiro relevante para a entrevista realizada na escola. O psicólogo, no *contexto da escola*, circula nos diversos lugares e nas inúmeras situações, em que encontra, interagindo, seus possíveis entrevistados. Neste intercâmbio de atitudes retiram a temática das entrevistas: a "queixa". A intervenção é transformar a "queixa" em uma intenção de trabalho.

A entrevista institucional, pensada por Dulce Helena Aguilar Baldo, sugere que há peculiaridades neste contexto – a observação da instituição, o diagnóstico institucional e a assessoria individual e/ou em grupos – e, portanto, exigem que o psicólogo estabeleça um contrato explícito e claro. A ação do profissional deve facilitar que os impedimentos, as demandas e as expectativas apareçam e mobilizem mudança.

Ângela C. B. Pratini Seger, em *Entrevista clínica no contexto hospitalar: revisões e reflexões,* afirma que a intervenção terapêutica, baseada na psicoterapia breve focal, atende o paciente, considerando seu momento atual de crise, seu funcionamento egóico e, em especial, os recursos defensivos que possui para enfrentar este momento.

A entrevista na empresa visa obter informações a respeito das pessoas que estão se candidatando a uma oportunidade de trabalho. Para conduzi-la de forma estruturada, é preciso conhecer os requisitos da função e da organização da empresa e, também, avaliar as condições do candidato escreve Fabrícia Ramos, em *Entrevista na empresa: entrevista de seleção.*

Assim fui percorrendo cada capítulo de *(Con)textos de Entrevista*. Penso que os diversos leitores desde alunos de graduação, que podem encontrar em suas páginas subsídios para pensar as intervenções que cada entrevista potencializa, até os profissionais, na especificidade de suas práticas, encontrarão sintonia nas reflexões dos autores. A leitura do livro é um encontro com interlocutores que fazem da escuta um exercício ético.

Eurema Gallo de Moraes[3]

[3] Psicóloga. Psicanalista. Doutoranda em Psicanálise da Universidade Autônoma de Madrid. Membro Pleno do Núcleo de Estudos Sigmund Freud (Porto Alegre) e da Sociedad Psicoanalítica del Sur de Buenos Aires.

Sumário

Apresentação 5

Prefácio 15

Parte 1 17

A Entrevista Clínica: um espaço de intersubjetividade 19
Mônica Medeiros Kother Macedo
Leanira Kesseli Carrasco

Parte 2 - (Con)texto Psicanalítico 33

Per via de porre, uma intervenção psicanalítica? 35
Denise Hausen

A escuta na Psicanálise e a Psicanálise da escuta 49
Mônica Medeiros Kother Macedo
Carolina Neumann de Barros Falcão

A implicação do lugar do analista no destino do processo analítico 63
Sissi Vigil Castiel
Carolina Neumann de Barros Falcão

A Singularidade da Psicanálise Infantil 73
Adriana Ampessan

Parte 3 - (Con)texto Cognitivo-Comportamental 85

A entrevista motivacional: importância do acolhimento a dependentes químicos 87
Irani de Lima Argimon
Kelly Cardoso Paim

Entrevista em Psicoterapia Cognitiva 99
Ricardo Wainer
Neri Maurício Piccoloto

Parte 4 - (Con)texto Humanista-Fenomenológico-Existencial 113

A Entrevista Humanista-fenomenológico-existencial 115
Janice Castilhos Vitola
Marta Regina Cemin

PARTE 5 - (CON)TEXTO FAMILIAR SISTÊMICO 127
A Família em terapia 129
NADIR HELENA SANCHOTENE DE SOUZA
A circularidade sistêmica na escuta clínica 145
TEREZINHA RECH

PARTE 6 - (CON)TEXTOS DE AVALIAÇÃO 159
Entrevista de Triagem: espaço de acolhimento, escuta e ajuda terapêutica 161
NÁDIA MARQUES
Psicodiagnóstico: recurso de compreensão 181
LEANIRA KESSELI CARRASCO
JULIANA RAUSCH PÖTTER

PARTE 7 - (CON)TEXTOS ESPECIAIS 193
Entrevistas Retrospectivas: Autópsia Psicológica 195
BLANCA SUSANA GUEVARA WERLANG
MÔNICA MEDEIROS KOTHER MACEDO
NELSON ASNIS
Entrevista como Instrumento de Pesquisa 207
MARIA LUCIA TIELLET NUNES

PARTE 8 - (CON)TEXTOS DE INSTITUIÇÕES 223
Entrevista na Escola 225
JACQUELINE POERSCH MOREIRA
A Entrevista Institucional 237
DULCE HELENA AGUILAR BALDO
Entrevista clínica no contexto hospitalar: revisões e reflexões 247
ÂNGELA C. B. PRATINI SEGER
Entrevista na empresa: Entrevista de seleção 261
FABRÍCIA RAMOS

SOBRE OS(AS) AUTORES(AS) 281

PREFÁCIO

Nosso ponto de partida para elaborar *(Con)textos de Entrevista – olhares diversos sobre a interação humana* foram as vivências de compartilhar, como professoras, uma disciplina ministrada no curso de graduação da Faculdade de Psicologia da PUCRS. A disciplina de Fundamentos de Técnica de Entrevista permitiu-nos criar, em um espaço de sala de aula, a possibilidade de elaborar um programa dinâmico e atual para tratar do tema **Entrevista**.

Éramos duas professoras, cada uma com sua turma de alunos, mas com um desejo comum: o de promover trocas entre a Universidade e os contextos extramuros nos quais o psicólogo está inserido. Este desejo foi ampliando-se e passou a contemplar, também, a vontade de reproduzir em forma de textos as ricas situações que vivenciamos durante os semestres, com os alunos e outros colegas, de modo que estas igualmente pudessem alcançar espaços mais amplos do que o da sala de aula.

Acreditamos ser a Universidade, por excelência, um lugar de produção e aquisição de conhecimento. É fundamental que esse conhecimento produzido estabeleça sempre pontos de conexão com a realidade social na qual a Universidade se insere. Tal conexão traduz sua fecundidade não apenas quando os conhecimentos circulam de forma a transformarem a realidade, mas também de se transformarem e criarem novas sínteses. O processo de aprendizagem está intimamente vinculado a essa idéia de movimento e transformação. Na sala de aula, os papéis de mestre e aprendiz não são rigidamente determinados. Acreditamos que, nas trocas intersubjetivas inerentes à relação de ensino-aprendizagem, os papéis podem se alternar e promover ganhos em ambos os participantes do processo. Uma das dimensões do percorrido de formação de psicólogos diz respeito às reflexões sobre o exercício da

profissão. O contato com o profissional possibilita ao aluno a proximidade com situações para as quais ainda não está habilitado, mas que estão no cerne de seu projeto de vida acadêmica. Escutar relatos de vivências, nas quais se evidencia a importância de um embasamento teórico e técnico qualificado, promove ainda maior conscientização de nossa responsabilidade diante da profissão que escolhemos.

Dessa forma, durante o decorrer dos semestres tivemos o prazer de, juntamente com os alunos, partilhar de ricos depoimentos profissionais sobre diferentes possibilidades de intervenção do psicólogo. Percorremos os contextos da clínica privada nos enfoques psicanalítico, humanista-existencial, cognitivo-comportamental e sistêmico. Adentramos instituições como hospitais, escolas e empresas. No aceite de nossos convites, psicólogos e psiquiatras, pertencentes ou não ao corpo docente da Faculdade, dispuseram-se a estabelecer intercâmbios e contar suas experiências profissionais relativas à temática da referida disciplina. Nosso critério de escolha dos nomes dos profissionais convidados para a disciplina e, agora também como autores desse livro, sempre foi o da competência e do domínio em sua área de conhecimento e atuação. Temos muita gratidão a esses profissionais pelas parcerias estabelecidas e pela possibilidade em compartilhar suas experiências.

Foram, então, criando-se ricas e criativas situações de intercâmbios que tiveram como palco as salas de aula em nossa Faculdade. Através de olhares diversos sobre a utilização da entrevista como instrumento imprescindível da prática do psicólogo, surgiu a idéia de um registro em forma de livro.

Aqui está, então, *(Con)textos de Entrevista: olhares diversos sobre a interação humana,* um convite a percorrer os fecundos caminhos da diversidade presente nas possibilidades de nossa atuação profissional.

Mônica Medeiros Kother Macedo
Leanira Kesseli Carrasco

Parte 1

A Entrevista Clínica:
um espaço de intersubjetividade

Mônica Medeiros Kother Macedo
Leanira Kesseli Carrasco

A entrevista é um importante e fundamental recurso que o psicólogo utiliza em seu trabalho. É muito comum associarmos a entrevista à clínica psicológica, porém, do mesmo modo que não é um instrumento exclusivo do trabalho do psicólogo, a entrevista também não limita sua aplicabilidade a uma área de atuação deste profissional. Ela se faz presente como recurso na escola, no hospital, nas empresas, no campo jurídico, no campo esportivo, além da própria clínica, onde também poderá ser usada de diferentes formas.

Assim, consideramos importante e fecundo abrir um espaço de reflexão sobre a entrevista como "técnica de conversação" que tem como objetivo fundamental possibilitar ao psicólogo buscar informações ou dados a respeito de seu cliente, paciente, aluno, candidato, instituição, etc. Pensamos que, de modo geral, é necessário enfatizar a adequação de estudar a entrevista e não somente priorizar sua aplicabilidade nos diversos campos da Psicologia.

A amplitude da definição e da aplicabilidade da entrevista é evidenciada também fora do âmbito da Psicologia. Por exemplo, no campo da comunicação, Medina (1995) considera que a entrevista é uma forma de se alcançar o inter-relacionamento humano, uma vez que é uma técnica de interação. Na comunicação tem uma interpenetração informativa que rompe com isolamentos individuais, grupais e sociais, pois distribui democraticamente a informação.

Na proposta de explicitar a ampliação do âmbito da entrevista como uma prática humana, Garrett (1981) destaca que todas as pessoas, de uma maneira ou outra, são envolvidas na entrevista na medida em que ora entrevistam, ora são entrevistados. Em qualquer uma destas situações estarão presentes aspectos objetivos e subjetivos. A autora tem como ponto básico de sua teorização a ênfase no uso da técnica para a *arte* de entrevistar, sendo essa a arte de ouvir, perguntar e conversar. Considera que Arte requer habilidade e aptidão do entrevistador, sendo o treinamento uma parte essencial que não dispensa, contudo o cuidado que ele precisa ter com sua qualificação e sensibilidade no uso do recurso técnico.

Uma característica enfatizada por autores como Bohoslavsky (1977), Ribeiro (1986), Bleger (1976) e Vallejo-Nágera (2001) é que em qualquer tipo de entrevista haverá uma demanda de algo a quem se supõe que possa corresponder a ela. Esta demanda pode ser por uma informação sobre algo ocorrido, uma simples opinião sobre uma situação qualquer ou a solicitação de uma ajuda especializada diante da constatação de um sofrimento físico ou psíquico.

Para fins deste capítulo pensamos trazer à discussão os aspectos relativos à entrevista clínica, uma vez que, neste campo, entendemos ser a entrevista uma condição *sine qua non* para a compreensão do sofrimento daquele que busca ajuda. No que diz respeito, portanto, à dimensão psíquica, pensamos que a entrevista clínica sempre contempla dificuldades e complexidades pelo fato de que o ser humano é surpreendente e incapaz de ser contido ou avaliado dentro de um sistema predeterminado. Dificilmente poderá o profissional prever o que se sucederá em uma *entrevista em ação,* mesmo em referenciais que pressupõem uma certa padronização de etapas. Até mesmo nestas situações "previstas e planejadas" o entrevistador poderá se deparar com o inesperado: um questionamento, uma desistência, uma nova descoberta, cabendo a ele, munido de uma técnica

e uma teoria que lhe dê sustentação, administrar tais situações. Bleger (1976) já referia a entrevista como um campo, no qual muitos fenômenos acontecem.

A própria dinamicidade que caracteriza as relações humanas se faz presente na relação estabelecida entre entrevistador-entrevistado. A partir disso, abre-se um espaço para que muitos fenômenos relacionais aconteçam. Tavares (2000) destaca que

> a entrevista clínica é um procedimento poderoso e pelas suas características é o único capaz de adaptar-se à diversidade de situações clínicas relevantes e de fazer explicitar particularidades que escapam a outros procedimentos, principalmente aos padronizados (p. 46).

Basicamente a entrevista é um procedimento utilizado pelo psicólogo com o objetivo de conhecer, de buscar dados para intervir em uma dada situação, entendendo-se esta intervenção sempre determinada pela especificidade de cada situação. A entrevista tem por finalidade fazer um levantamento de informações que possibilite relacionar eventos e experiências, fazer inferências, estabelecer conclusões e tomar decisões (TAVARES, 2000 & CRAIG, 1991).

A entrevista é uma situação de encontro entre duas ou mais pessoas. Nela não haverá participante de maior ou menor importância. Os espaços e funções de cada um são *diferenciados* e, ao mesmo tempo, *interdependentes*. Esta situação de interação humana que ocorre na entrevista psicológica é assinalada por Bohoslavsky (1977, p. 120) ao defini-la como uma situação interhumana.

Muito se tem escrito sobre a entrevista clínica dentro de diferentes abordagens teóricas. Nosso objetivo neste capítulo não é enfocar a entrevista a partir de um determinado referencial teórico, mas, sim, refletir sobre aspectos que se fazem presentes em situações da clínica nas quais a entrevista parece-nos ser o principal instrumento de trabalho do psicólogo. Entretanto, tomaremos algumas considerações do referencial psicanalítico

que nos parecem pertinentes quando enfocamos a entrevista na clínica. Tais contribuições nos permitem ilustrar situações que aprofundam os tópicos abordados.

Acreditamos que na medida em que a entrevista configura uma situação de diálogo pode ser pensada como um meio privilegiado de acesso ao outro, um instrumento que nos permite, por meio da palavra, estabelecer as condições necessárias para que se constitua uma relação de ajuda. Nessa situação, a entrevista, ao outorgar diferentes papéis ao entrevistado e ao entrevistador, cria condições para que, mediante a criação de um espaço de diálogo, se tenha acesso à subjetividade em forma de discurso, seja ele verbal ou não-verbal.

Entendemos por discurso algo que vai além das palavras, refere-se a uma situação de *comunicação de algo*, modos pelos quais a pessoa comunica algo a alguém. Atrasos, esquecimentos, mudanças bruscas de assunto, posições do corpo, gestos e até mesmo silêncios fazem parte deste rol de inúmeras possibilidades de comunicação. Nesse sentido cabe ressaltar a diferença existente entre a entrevista tal qual descrevemos e uma conversa social também sustentada no diálogo. A segunda não tem compromisso algum com técnica ou teoria. Já no que se refere à entrevista clínica, consideramos que é fundamental a interdependência e a articulação existentes entre a teoria e a prática clínica. Acreditamos que a toda prática deve corresponder uma teoria que a sustente e que lhe indique parâmetros de aplicabilidade. Em seu livro sobre epistemologia e metodologia de pesquisa, Minayo (2002) afirma que

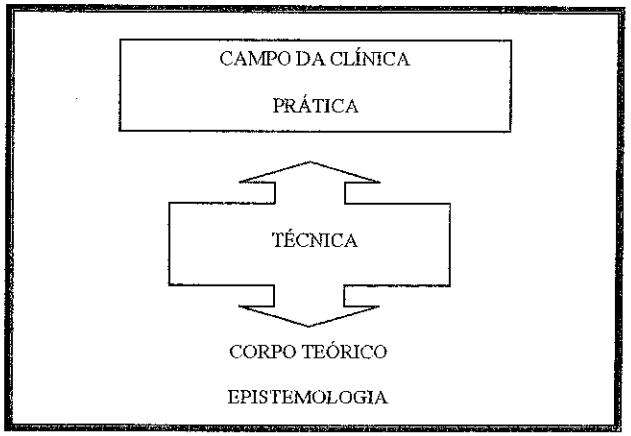
> Ciência se faz com teoria e método. Teoria é uma espécie de grade ou janela através da qual o cientista olha para a realidade que investiga. Isto quer dizer que ninguém consegue investigar um problema olhando-o diretamente, como se houvesse possibilidade de compreendê-lo e explicá-lo em si mesmo. A compreensão da realidade é sempre mediada: por teorias, por crenças, por representações (p.17).

As afirmativas da autora permitem-nos reafirmar a importância da teoria como uma forma de "mediação" entre o que é dito pelo entrevistado e o efeito que gera a partir da escuta por parte do entrevistador.

Cada corpo conceitual encontra na entrevista uma rica forma de expressão de seus recursos técnicos. Nesse sentido, independente do referencial teórico que a sustente, torna-se importante mencionar e salientar a necessidade de que a entrevista clínica esteja de acordo com o objetivo específico a que se propõe e à orientação teórico-técnica do entrevistador. Tal idéia é corroborada por Hornstein (1989) ao afirmar que

> uma técnica não pode ser compreendida nem, portanto, aplicada se se desconhecerem os conceitos que a fundamentam. Toda a prática tem um efeito que lhe é específico. (...) Uma técnica que não esteja baseada em um conhecimento teórico daquilo que pretende transformar gera uma prática cega que se esteriliza (p.23).

A prática da clínica possibilita a experiência de confrontação da teoria viabilizando reformulações, transformações que configuram uma situação de interdependência e retroalimentação entre elas. Esse movimento caracteriza a dinamicidade existente entre teoria, método e técnica.



Ao referir o termo epistemologia na figura 1, procuramos caracterizar os construtos teóricos como evidencia a origem do termo episteme: *colocar-se em boa posição*. Colocar-se em boa posição para apropriar-se de um saber, que, mediado pelos recursos da técnica, resulta em uma prática clínica.

Tavares (2000) ressalta que as técnicas de entrevista devem potencializar o aparecimento das particularidades de uma pessoa e constituem-se em um meio de acesso amplo e profundo ao outro. Contextualiza-se nas situações de entrevista o que refere Hornstein (1989) sobre a relação entre o objeto teórico e sua objetivação como método e determinação como técnica, permitindo transformações e articulações sobre a realidade. No caso da entrevista clínica, o paciente e sua realidade são o que precisam ser conhecidos. A teoria é mediada pela técnica na intervenção clínica.

Pelo fato de a entrevista clínica não ser uma técnica única, ela estará sempre intimamente relacionada com a forma do entrevistador compreender os fenômenos humanos, além do que os diferentes objetivos de cada tipo de entrevista serão determinantes em suas estratégias, possibilidades e limites. Pensamos que teoria e prática devem estar sempre inter-relacionadas. É necessária uma constante vigilância para que não se crie uma dissociação entre o ser clínico e o ser teórico. O risco de privilegiar a teoria resulta em um distanciamento da relação com a clínica e, da mesma maneira, privilegiar a clínica faz com que a prática se converta em um fazer sem saber.

Hornstein (1990) destaca que estas situações de distorção trazem o risco de que toda a teoria se formalize como "dogma e toda a prática ritualize-se como receita" (p.106). Dessa forma pensamos que a interdependência entre teoria e prática é o que viabiliza a manutenção da característica investigativa que deve predominar na situação de entrevista. Preserva-se assim a possibilidade de nunca perder de vista a singularidade dos encontros humanos.

Evidenciar o aspecto de singularidade permite a interrogação sobre o complexo processo de constituição da subjetividade ao mesmo tempo em que se resgata a importância das trocas intersubjetivas na construção do ser humano. Ao optarmos por uma concepção de sujeito próxima à idéia de um sistema aberto que recebe e sofre influência do que está fora dele, a dimensão social deixa de se referir apenas à noção de sociedade ou de outras pessoas para incluir "relações situadas no tempo histórico, em condições determinantes de vida, permeadas de significações e linguagens específicas..." (BOCK, 1997, p.39). Resgatar ou abrir espaço para a singularidade do entrevistado em relação à sua história é também abrir espaço para a singularidade que marcará a situação de encontro entre aquele entrevistador e aquele entrevistado.

A noção de investigação intrínseca ao conceito de entrevista levará sempre em consideração a capacitação e a qualificação de quem a conduz. A existência de dogmas por parte do entrevistador exclui a existência de uma efetiva e qualificada escuta do outro. A existência de um pré-saber inviabiliza o verdadeiro processo de investigação e transforma a situação de entrevista em um estéril espaço de confirmação que empobrece a relação e a própria entrevista como instrumento técnico. Tavares (2000), buscando uma definição de entrevista clínica, propõe o seguinte:

> a entrevista clínica é um conjunto de técnicas de investigação, de tempo delimitado, dirigido por um entrevistador treinado, que utiliza conhecimentos psicológicos, em uma relação profissional com o objetivo de descrever e avaliar aspectos pessoais, relacionais ou sistêmicos (indivíduo, casal, família, rede social), em um processo que visa a fazer recomendações, encaminhamentos ou propor algum tipo de intervenção em benefício das pessoas entrevistadas (p. 45).

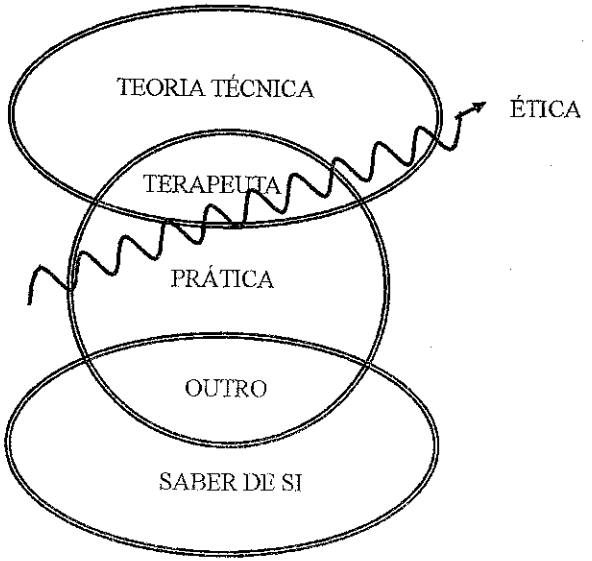
A qualidade da relação que se estabelecerá entre o paciente e o terapeuta dará à entrevista, seja no início, no desenvolvimento ou na conclusão do processo, uma determinada configuração. É a entrevista um instrumento fundamental para o estabelecimento, desenvolvimento e manutenção de uma relação de ajuda. Cabe ressaltar a importância que terá o terapeuta, considerando não apenas seu conhecimento teórico e suas habilidades profissionais, mas também tendo presente sua responsabilidade na condução do processo.

As funções e os papéis desempenhados por paciente e terapeuta são diferenciados. O paciente busca uma ajuda e atribui ao terapeuta a capacidade de auxiliá-lo em suas dificuldades. No que se refere ao terapeuta cabe-lhe situar a entrevista clínica no domínio de uma relação profissional. Se por um lado ao assumir as responsabilidades profissionais que têm com o paciente implica reconhecer a assimetria presente na relação terapêutica, por outro essa constatação confere ao terapeuta a responsabilidade sobre a condução do processo.

Tanto o entrevistado quanto o entrevistador são portadores de determinados conhecimentos que os caracterizam em suas diferenças. Por um lado, o entrevistado possui os dados de sua história, suas lamentações, seus sintomas, seus motivos e, por outro, o entrevistador é detentor de subsídios teóricos e técnicos que o habilitam na ajuda ao primeiro. Bueno (2002) destaca o quanto esta assimetria é uma regularidade que faz parte de entrevistas, independente de serem entrevistas clínicas. Para a autora, a função de entrevistador e entrevistado no campo da entrevista são diferentes e vão ser definidos de acordo com a função e o lugar de cada um. Em relação à entrevista clínica, nem sempre a explicitação dessa condição inerente de assimetria é bem entendida. Por vezes é tomada desde um ponto de vista que nos parece equivocado, uma vez que não faz alusão nem justifica, portanto, uma leitura que atribua ao terapeuta uma espécie de poder em relação ao paciente. Ao contrário, o

reconhecimento desta assimetria deve servir de reforço à responsabilidade ética e técnica que cabe ao terapeuta, uma vez que de seu lado os saberes vão, como bem assinala Bueno (2002), "desde o que pode estar sob seu domínio – técnica, objetivos, fins, conhecimentos teóricos – até o que lhe é atribuído pelo contexto ou pelo interlocutor" (p.13).

A observação dos aspectos éticos será fundamental na definição dessas responsabilidades para com o paciente, assim como os aspectos relativos à sua competência profissional. Como observado na figura 2, os aspectos éticos, responsabilidade do terapeuta, perpassam sua teoria, técnica e prática em benefício do outro e de si mesmo.



A observância aos aspectos éticos, somada à experiência, ao conhecimento e à competência do terapeuta, contribuirá de forma significativa para a adequação na condução do processo no qual ambos estão inseridos. A interdependência existente

entre as habilidades interpessoais e o uso da técnica exige algumas características específicas do terapeuta. Para Tavares (2000), é necessário que o entrevistador tenha a capacidade de estar realmente disponível para o outro de forma a escutá-lo sem a interferência de questões pessoais. Isso possibilita facilitar a construção de uma adequada aliança de trabalho, assim como o conhecimento dos motivos que o levaram a buscar ajuda.

O terapeuta deve estar capacitado a buscar esclarecimentos, perceber contradições, tolerar situações de ansiedade relacionada a temas presentes na entrevista e também estar habilitado a reconhecer as defesas e os modos de estruturação do paciente. A compreensão de seus próprios processos psíquicos facilitará a comunicação e a relação terapeuta-paciente. O domínio das técnicas utilizadas, baseadas em uma teoria que as sustente, possibilitará ao terapeuta mobilizar recursos adequados frente a situações difíceis e inesperadas.

Os aspectos mencionados referentes à capacitação do terapeuta são igualmente destacados por outros autores, que se preocupam com a existência de uma sólida fundamentação teórica e técnica que resulte em uma eficaz utilização da entrevista como instrumento de trabalho na clínica. Ribeiro (1986) e Zimerman (1999) destacam a importância de que haja respeito pelo sofrimento do paciente; que, além da técnica, o terapeuta possa ser pessoa e assuma com senso de responsabilidade o processo terapêutico. Na condução da relação com o paciente é imprescindível que o terapeuta possa efetivamente não apenas ouvir, mas saber escutar.

Entendemos que ouvir corresponde muito mais a uma condição fisiológica relacionada aos órgãos sensoriais. Já a capacidade de *escuta* coloca-nos em uma outra posição em relação àquele que fala. O termo *escuta* é muito utilizado na psicanálise, mas, se o pensarmos relacionando-o à exigência de uma genuína atenção àquele que fala de sua dor, acreditamos que o

uso deste termo transcende uma relação específica com a psicanálise, podendo ser aplicado às outras modalidades de intervenção terapêutica. O que se escuta (inconsciente, potencialidade ou crenças cognitivas) pode ser o elemento mais estreitamente vinculado a um campo teórico, mas a condição de escuta é fundamental ao terapeuta. Ela nos convoca a utilizar nossos conhecimentos e habilidades profissionais e pessoais a serviço de uma demanda de ajuda. Escutar é buscar nas palavras de quem sofre um significado próprio e singular. A verdadeira escuta precisa estar desprovida de preconceitos e, principalmente, excluir qualquer possibilidade de um pré-conhecimento a respeito daquele que chega e, agora, fala. O terapeuta, para realmente poder escutar, precisa reconhecer que não sabe a respeito do paciente. Será na relação, a partir de um processo de construção, que o enigmático será desvelado, o sofrimento será nomeado e a ajuda se concretizará.

Na área clínica, quanto mais qualificado for o terapeuta, mais a entrevista psicológica – como instrumento – atenderá a seus objetivos e demonstrará sua eficácia. Por exemplo, caberá ao paciente contar a sua história, falar do que lhe aflige, mas, muitas vezes, acredita não saber o que se passa com ele. Será na relação com o terapeuta que este desconhecido conhecido poderá ser cada vez mais explorado, que serão abertas novas possibilidades de atribuição de sentidos, desde que o paciente sinta-se acolhido e à vontade na relação com o terapeuta. Com isso, queremos demonstrar que, se a entrevista for pensada como um instrumento impessoal e de distanciamento, ficará restrita e, até mesmo, prejudicada na sua aplicabilidade. A necessidade de um *treinamento* na utilização da entrevista visando a uma maior competência técnica nunca poderá estar dissociada do cuidado com os aspectos afetivos e subjetivos que se fazem presentes. Conforme afirma Tavares (2000):

> Com a prática e a experiência, os aspectos mecânicos da técnica tornam-se secundários, e o sujeito e a relação passam a se destacar. Torna-se evidente uma integração natural dos aspectos técnicos e a valorização da relação com o sujeito. Assim, a entrevista flui e a atuação refinada do profissional transforma a técnica em arte (p.55).

Diante da complexidade de uma situação de entrevista, cria-se geralmente a expectativa de encontrar um modelo pronto e aparentemente correto a ser seguido, como um manual de instruções que desconsidera as especificidades e subjetividades tanto do paciente como do terapeuta. Tal expectativa por si só cria um paradoxo: como pensar em uma situação especialmente dinâmica como a entrevista clínica, de uma forma rígida, estereotipada, inflexível? Acreditamos que a entrevista ocorre na sua própria dinâmica e, nesse sentido, será sempre única e irrepetível. Tomemos como exemplo uma situação de supervisão. Caso o supervisionando fique com uma idéia de que deve apenas repetir as orientações e/ou palavras do supervisor com seu paciente, perde-se a verdadeira possibilidade de aprendizagem. Limitar-se-ia, assim, a supervisão, a uma mera repetição e não a um verdadeiro treinamento que qualifique o trabalho clínico e, como conseqüência, prejudicaria também a construção de uma identidade profissional singular.

Evidencia-se que a dinâmica da entrevista aporta sempre complexidades e dificuldades ao trabalho clínico, porém será com o reconhecimento, o enfrentamento e a busca de alternativas para essas que se dará a verdadeira qualificação profissional. Diante da imposição da complexidade da entrevista como um importante instrumento utilizado na clínica, é necessário produzir reflexões que a problematizem com o objetivo de aprimorá-la como recurso de mediação terapêutica no encontro com o outro.

Um instrumento técnico seja ele qual for, por si só, não dá conta da prática profissional. A entrevista é um instrumento técnico, a competência na adequação de seu uso está diretamente ligada às *condições do terapeuta.* Tal afirmativa por um lado reforça o aspecto de autonomia da prática clínica, mas, por outro lado, evidencia a responsabilidade que o terapeuta tem na condução ética do processo terapêutico.

Acreditamos que a entrevista põe em questão a necessidade da pessoa do terapeuta estar sempre à frente da técnica utilizada, ou seja, acima da técnica está a pessoa que a utiliza. Esta pessoa com sua escuta qualificada e sustentada em um saber teórico-técnico, sua atenção aos cuidados éticos e seu senso de implicação e responsabilidade assume efetivamente uma condição de ajudar quem sofre.

Referências bibliográficas

BOCK, A. M. B. Formação do Psicólogo: um debate a partir do significado do fenômeno psicológico. *Psicologia, Ciência e Profissão*. V 17, n. 2, 37-42, 1997.

BOHOSLAVSKY, R. *Orientação vocacional: a estratégia clínica.* São Paulo: Martins Fontes, 1977.

BLEGER, J. *Temas de psicología- entrevista y grupos.* Buenos Aires: Nueva Visión, 1976.

BUENO, C. M. O. *Entrevista espaço de construção subjetiva.* Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002.

CRAIG, R. *Entrevista clínica e diagnóstica.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

GARRET, A. *A entrevista, seus princípios e métodos.* Rio de Janeiro: Agir, 1981.

HORNSTEIN, L. *Introdução à Psicanálise*. São Paulo: Editora Escuta, 1989.

_____ *Cura psicanalítica e sublimação.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

MEDINA, C. A. *Entrevista - o diálogo possível.* São Paulo: Ática, 1995.

MINAYO, M. C. S. (org) *Caminhos do pensamento: epistemologia e método.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002

RIBEIRO, J. *Teorias e técnicas psicoterápicas.* Rio de Janeiro: Vozes, 1986.

TAVARES, M. A entrevista clínica. In: Cunha, J. *Psicodiagnóstico-V.* Porto Alegre: Artmed, 2000.

VALLEJO-NÁGERA, J. A. *Guía práctica de psicología.* Madrid: ediciones temas de hoy, 2001.

ZIMERMAN, D. *Fundamentos psicanalíticos.* Porto Alegre: Artmed, 1999.

Parte 2

(Con)texto Psicanalítico

Per via de porre, uma intervenção psicanalítica?*

Denise Hausen

Ao longo dos tempos e, mais especialmente no decorrer do último século, o mundo e a humanidade vêm experimentando as mais diversas formas de transformações: nos valores, nos padrões observados com referência aos distintos relacionamentos estabelecidos, na forma de composição das famílias, no trato das questões relativas ao corpo, ao tempo, ao espaço.

As grandes transformações políticas, sociais e culturais ocorridas logo após a Segunda Grande Guerra inseriram mudanças no cotidiano de uma grande parte do mundo e inauguraram um tempo que traz no seu bojo uma intenção de não negar e substituir os movimentos anteriores, mas, sim, de incorporá-los, criticá-los e, mesmo, de transformá-los, em uma mescla de antigo e novo (OLIVEIRA, 2003).

A psicanálise também foi se transformando. Do ponto de vista da teoria, às neuroses de transferências se agregam outras demandas. Teoriza-se acerca de manifestações psíquicas que ficam aquém do simbólico do sintoma psíquico e que se descarregam de forma direta no corpo e no ato. Ao lado dessas demandas, também a exclusividade da interpretação como forma de intervenção em psicanálise é polemizada. É relevante ressaltar, entretanto, o fato de as neuroses de transferência e da interpretação como intervenção clássica e paradigmática da

* Agradeço aos acadêmicos de Psicologia Roberta Vial Giacobone e Danichi Hausen Mizoguchi a disponibilidade com que me auxiliaram, respectivamente, na revisão metodológica e de português.

psicanálise continuarem ocupando o lugar de destaque no cotidiano dos analistas. No entanto, impõe-se uma discussão acerca de intervenções que possam ir aquém ou além da interpretação e que se fazem presente nesse mesmo cotidiano.

A proposta que faço é que se possa ampliar, mais além das neuroses de transferência, o modo como se dá o trabalho do psicanalista, demandado que é por patologias que transcendem aquelas que se visibilizam por meio do retorno do conteúdo recalcado. Trata-se de questões que circundam o tema das identidades, da angústia livre descarregada no corpo, das drogadições, das somatizações, das chamadas patologias do vazio.

Dessa forma, sigo o proposto por Freud (1904/1976), quando afirma haver muitas espécies de psicoterapia e muitos meios de praticá-la, propondo a eficiência de cada um a partir de sua eficácia: "Todos os que levam à meta da recuperação são bons. Não menosprezo nenhum deles e utilizaria todas em condições apropriadas". Afirma ser o destino da psicanálise a destinação que puder ser dada pelos jovens analistas, buscando respostas a singularidades que marcam cada paciente e cada tempo.

É por essa época que Freud cita Leonardo Da Vinci (1452/1519), pintor italiano, que, em meio a seus trabalhos de desenho e escultura, escreveu os manuscritos de sua obra *Trattato della pintura*, cuja primeira edição, póstuma, é de 1651. Postula Leonardo, referindo-se às artes, que a pintura se dá *per via de porre* enquanto que a escultura funciona *per via de levare*. Vai explicar sua proposta, dizendo que a pintura se faz por meio de se colocar no papel, na tela vazia, as tintas que ocuparão esse espaço com suas cores; enquanto que a escultura se processa mediante a retirada de um excesso, tirando-se material da pedra bruta para que emerja a estátua nela contida.

Freud usará essa metáfora, teorizando a sugestão como uma intervenção que não faz caso da origem do que está escondido dando força ao sintoma, priorizando, então, a interpretação como

principal ferramenta de trabalho do analista, que vai operar na busca da estátua oculta, do conteúdo recalcado. Caracteriza-o, por conseguinte, como o tratamento que deve se apoiar na questão do conflito intrapsíquico: vai utilizar-se de Leonardo Da Vinci para propor que a terapêutica deve se sustentar no pressuposto da escultura, ou seja, *per via de levare.*

O perfil dos analisandos que buscam atendimento tem se ampliado, salientando-se um incremento de situações em que a queixa vem por intermédio de transtornos relacionados ao corpo, à impossibilidade de ser identificada uma dor psíquica, em que o indicativo psicopatológico deixa de ser o derivado de um excesso de repressão, mas que, com muita freqüência, vem por decorrência de uma impossibilidade do fazer sintoma por conta de um excesso que deve ser retirado. Algo deve ser posto. Podemos falar, então, de uma intervenção que venha *per via de porre*?

A catarse, ab-reagindo o traumático

O século dezenove começa a se despedir para abrir espaço para aquele que seria o século da chamada modernidade. A psicanálise surge no contexto científico e cultural daquele fim de século emergindo dessa conjuntura, ao mesmo tempo em que nela vai fazendo registros. Faz parte, portanto, de uma reviravolta, de uma forma de rebelião que se instala nos vários campos da cultura. Desde uma perspectiva freudiana, rebela-se com o segmento do proibido vinculado à sexualidade, desnudando uma sexualidade descolada da genitalidade reprodutiva. Nesse momento, anuncia um inconsciente marcado por uma história infantil, singular, portanto, e ativo no cotidiano de cada sujeito. A imagem que o homem ocidental fazia de si é, com isso, abalada.

O ano de 1904 transcorria quando Freud, o inventor da Psicanálise, foi chamado para proferir, diante do Colégio de Medicina de Viena, a conferência *Sobre a Psicoterapia*. Nela, se propunha a discorrer sobre o progresso que sua teoria sofrera desde que começara a ser pensada, nos idos de 1895, com as cartas e rascunhos enviados a Fliess, entre os quais o *Projeto para uma Psicologia Científica*. Da mesma forma, como ocorrera com o texto *Estudos sobre a Histeria*, escrito em parceria com Breuer, seu mentor e colega, a quem atribuía o lugar de pai da psicanálise, pois insistia no fato de que esta nascera com o tratamento de Berta Papenheim, a mítica Anna O. Breuer era seu analista, e Anna a primeira paciente a se submeter à *cura pela palavra*, expressão criada por ela mesma para nomear a forma como definia seu tratamento. A técnica foi nomeada por Breuer e Freud como o *método catártico*.

Tal método buscava alcançar a ab-reação por meio da possibilidade de o paciente, em tratamento, eliminar afetos patogênicos por conta da descarga e da lembrança dos fatos traumáticos que originaram seus sintomas. A catarse e a ab-reação ofereciam-se como técnica de cura sob a égide do postulado freudiano da teoria do trauma. Propunha suas idéias acerca dos efeitos causados pelos traumas psíquicos pela retenção do afeto, bem como a concepção dos sintomas histéricos como o resultado de uma excitação transposta do anímico para o corporal (FREUD, 1904/1976).

Quase dez anos antes, ao escrever a chamada *Comunicação Preliminar* (FREUD, 1893/1976) usara pela primeira vez os termos catarse e ab-reação de forma impressa, postulando que

> a reação ao trauma somente exerce efeito inteiramente catártico se for uma reação adequada como, por exemplo, a vingança. Mas a linguagem serve de substituto para a ação; com sua ajuda, uma emoção pode ser "ab-reagida", quase que com a mesma eficácia (p 49).

Nesse mesmo texto, Freud afirma a quase impossibilidade de se alcançar a origem da patologia somente por meio da interrogação ao paciente, sobretudo porque ele não quer ou não pode lembrar, ou seja, não tem nenhuma suspeita da conexão causal entre o evento desencadeador e o fenômeno patológico. São experiências ausentes ou sumariamente presentes na memória dos pacientes quando em estado psíquico normal. Propõe a hipnose como método de provocar as lembranças da época em que o sintoma surgiu pela primeira vez; feito isso, torna-se possível demonstrar a conexão causal da forma mais clara e convincente. Apenas quando o paciente é inquirido sob hipnose é que essas lembranças emergem, desaparecendo o sintoma quando é possível fazer essa conexão e o afeto é despertado e traduzido em palavras. Freud (1893/1976) afirma o efeito curativo do método psicoterápico descrito, uma vez que "põe termo à força atuante da representação que não fora ab-reagida no primeiro momento, ao permitir que seu afeto estrangulado encontre uma saída".

O método da cura proposto por Breuer e Freud gerava resistência nos médicos da época, acostumados que estavam aos pressupostos da fisiologia. Para eles, o método terapêutico afigurava-se como acientífico e tendendo ao misticismo.

Derivado do método hipnótico, a catarse fez o ritual de passagem para que a psicanálise chegasse a método clássico psicanalítico da proposta da cura pela palavra mediante a associação livre; mediante, portanto, o trabalho psíquico que o próprio paciente faz no sentido da busca do elemento original para ligá-lo, então, ao afeto.

Com o tratamento de Dora, sua jovem paciente descrita em *Fragmento da Análise de um Caso de Histeria* (1905/1976), Freud esclarece uma mudança na técnica que, ao longo dos anos, vinha introduzindo. Em *Estudos sobre a Histeria*, propunha partir dos sintomas evidenciados para chegar ao esclarecimento

de cada um deles, de forma direta, buscando uma origem, um fato, que desse conta da razão de ser da manifestação sintomática. Ao tratar Dora, abandona essa técnica, deixando ao paciente a tarefa de escolher o tema com que, em cada sessão, paciente e analista vão se ocupar. O que tem a ver com cada sintoma vai emergir pouco a pouco e, também gradativamente, vai podendo se enlaçar com uma multifacetada origem.

> Em face da imperfeição de meus resultados analíticos, não me restou senão seguir o exemplo daqueles descobridores cuja boa fortuna é trazer à luz do dia, após longo sepultamento, as inestimáveis embora mutiladas relíquias da antiguidade. Restaurei o que faltava, valendo-me dos melhores modelos obtidos por mim em outras análises; mas, como um arqueólogo consciencioso, não deixei de mencionar em cada caso o ponto onde terminam as partes autênticas e começa meu trabalho de restauração (FREUD, 1905/1976, p.10).

Da mesma forma como fora com Bertha Papenheim, que *ensinara* a Breuer a qualidade de cura pela palavra, atribuída ao método terapêutico com que era tratada, Freud, em seus relatos clínicos, reporta-se ao fato de ser essa mesma cura pela palavra um tratamento conjunto entre paciente e analista (APPIGNANESI, 1992).

Ao relatar o caso da Senhora Emmy von N, nome atribuído à sua paciente Fanny Moser, explicita o quanto ela o ensinou acerca da associação livre, método até então escondido atrás da hipnose. Fanny pediu-lhe que a poupasse das perguntas e da busca de detalhes que a ele, o médico, pareciam importantes.

> Logo disse com um tom decididamente queixoso que eu deixasse de perguntar de onde provinha este ou aquele sinal; ao contrário, que eu lhe permitisse dizer-me o que ela tinha a dizer. Acedi (FREUD, 1893/1976, p. 107).

Novamente é a clínica, é uma paciente que alerta Freud acerca do fato de que era preciso um espaço para a produção singular de cada paciente.

Per via de levare, Falando da Interpretação e da Construção

Ao desenvolver a técnica da sugestão hipnótica, Freud atinha-se ao método catártico, procedimento inaugurado por Breuer no seu atendimento a Anna O. Dedica-se a explorá-lo e a construir sua técnica. Em *Sobre a Psicoterapia* (1904/1976), assevera que o método analítico de psicoterapia é o mais penetrante, o que chega mais longe, aquele pelo qual se consegue a transformação mais ampla do doente.

> Pondo de lado, por um momento, o ponto de vista terapêutico, também posso dizer dele que é método mais interessante, o único que nos ensina algo sobre a gênese e a interação dos fenômenos patológicos. Graças ao discernimento do mecanismo das doenças anímicas que ele nos faculta, somente ele deve ser capaz de ultrapassar a si mesmo e de nos apontar o caminho para outras formas de influência terapêutica (FREUD, 1904/1976, p.270).

Freud vai construindo sua teoria sempre permeada pela relação com a clínica: a noção do traumatismo psíquico vai cedendo espaço à noção do conflito intrapsíquico. Da noção de que a recuperação da cena traumática efetivamente vivida proporcionaria a cura sintomática (método catártico), vai se aproximando de um outro pressuposto teórico: a noção da fantasia. Dessa forma, recuperar a cena traumática é insuficiente, até porque a cena traumática como tal deixa de ser considerada a origem exclusiva do sintoma. O método catártico cede espaço para a necessidade de elaboração do conteúdo emergido.

Acerca desse momento teórico, o questionamento a respeito da chamada teoria do trauma, Hornstein (1989) assim comenta:

> Rompendo com a concepção de uma singularidade compacta retida dentro de um aparelho psíquico, que tem se descarregado, passando a visualizar aquilo que produz sintomas como uma intrincada rede de significações que se juntam nos nódulos patógenos (p.60).

Em 1937, Freud escreve aquele que será seu último texto técnico. Texto em que discute as formas de intervenção que constituem o dia-a-dia do psicanalista. *Construções em Análise* é o nome dado a este texto e nele retoma a questão de que o paciente deve ser levado a recordar experiências e os impulsos afetivos por elas invocados e que, por força da repressão, esqueceu. Reafirma a questão de o sintoma ser uma forma de atualizar as experiências reprimidas: fragmentos fornecidos pelo paciente quer seja pelos sonhos, pela associação livre, pela transferência:

> Nossa experiência demonstrou que a relação de transferência, que se estabelece com o analista, é especificamente calculada para favorecer o retorno dessas conexões emocionais. É dessa matéria-prima — se assim podemos descrevê-la — que temos de reunir aquilo de que estamos à procura (p. 292).

Ao paciente cabe recordar o conteúdo esquecido, ao analista compete completar o que foi esquecido, a partir dos traços que o paciente deixou para trás ou, dirá Freud, *construí-lo*. É por aí que se faz o vínculo entre o paciente e o analista. O trabalho deste, propõe Freud, assemelha-se ao do arqueólogo, que escava em busca de indicativos de uma história enterrada – o soterramento pela repressão, a escavação pela análise (FREUD, 1907/1976). O analista busca fragmentos das lembranças, das associações e do comportamento do sujeito da

análise, diferenciando-se, no entanto, do trabalho do arqueólogo. Este trabalha com evidências mortas, enquanto que, na análise, o material que se evidencia, embora date de tenra idade, atualiza-se, torna-se vivo, por repetição, pela transferência. O material esquecido, no entanto, nunca é vítima da destruição total. Depende exclusivamente do trabalho analítico o sucesso em trazer à luz o que está completamente oculto. Ao trazer à luz o material oculto, constitui-se um trabalho que Freud chamou preliminar, pois ao paciente compete dar seguimento ao material apresentado pelo analista.

> O analista completa um fragmento da construção e o comunica ao sujeito da análise, de maneira que possa agir sobre ele; constrói então um outro fragmento a partir do novo material que sobre ele se derrama, lida com este da mesma maneira e prossegue, desse modo alternado, até o fim (p. 295).

O trajeto que se processa parte, então, da construção elaborada pelo analista para terminar acessando a recordação do paciente ou gerando nele uma convicção da verdade da construção. Este convencimento gera o mesmo resultado de uma memória resgatada.

Finalizando, neste texto Freud tematiza acerca de a interpretação aplicar-se a um elemento isolado, a um corte transversal no material, exemplificando com o surgimento dos chamados atos falhos, enquanto salienta que a construção oferece um fragmento da história infantil esquecida; trabalhando assim, de forma longitudinal, revela as conexões existentes entre o fato atual e a história infantil.

Em seu livro *Um intérprete em busca de sentido* (1990), Aulagnier descarta a idéia de uma hierarquização entre os dois modos de trabalho do analista propostos por Freud, ressaltando ser a construção uma forma de intervenção que viabiliza ao analisando interpretar elementos da sua história, permitindo-lhe,

assim, recontar sua história infantil. Pode-se, então, reafirmar a eterna colaboração, no processo analítico, entre a construção e a interpretação.

Per via de porre, falando da falta

Até agora transitamos por um terreno conhecido, terreno que oferece como matéria-prima um inconsciente recalcado e como instrumento de trabalho a interpretação e a construção (ou reconstrução). Cabe ao paciente associar livremente para que, em conjunto com o analista, desvaneçam-se as repressões e emerja um material com o qual o paciente vai poder lidar de uma forma mais madura. Os sintomas, substitutos do conteúdo recalcado, vão poder ceder espaço à medida que o material recordado puder ser elaborado. Pela ação da transferência, é possível atualizar-se o que foi mal vivido, gerador das fixações. Um diálogo entre o paciente e o analista estabelece-se para que surja o representado por deslocamento no sintoma, enquistado que está na queixa objetiva trazida pelo primeiro. Possibilita-se o retorno das conexões emocionais. Para que isso ocorra, a associação entre paciente e analista é básica. A sustentação da demanda é o motor do trabalho. Fernandes (2003) afirma ser

> [...] esta demanda que levará a uma pesquisa do material inconsciente, dando acesso ao infantil e estabelecendo assim uma espécie de continuidade capaz de construir elos entre a história do paciente e a sua vida atual. Trata-se de recontar velhas histórias que, na novidade da repetição instaurada pela transferência, permitem a criação de outras histórias.

O paciente oferece seu inconsciente recalcado. E os pacientes que acorrem sem poderem oferecer esse simbólico? Que não trazem uma história para contar, que não se utilizam da transferência para recontar e construir outras histórias? Podem eles ser parceiros na viagem de um desvendamento quando o que

podem oferecer é um vazio de representações? Podem eles ser escutados via associação livre e trabalhados à luz da interpretação e/ou da construção? *Per via de levare* é a indicação? Novamente seguimos Freud, é por intermédio da clínica que os analistas propõem as revisões conceituais e, com elas, a questão de como se trabalhar em análise.

Tem-se constatado uma ampliação no dia-a-dia da clínica psicanalítica. Além dos pacientes das neuroses de transferências, que acodem ao tratamento com um relato, com uma história, com o registro de um outro, mesmo que frágil, em seu aparelho psíquico, chegam analisandos com novas apresentações: o ato, mais do que o relato; o corpo sofrendo diretamente por meio das anorexias, bulimias, adições de toda espécie, das psicossomatizações, da impossibilidade de um livre associar.

O vazio que aponta para áreas do aparelho que não foram ainda esboçadas nem construídas e clamam em silêncio, na ausência de uma cadeia associativa, aprisionando o sujeito em uma história sem nome (PAIM & BORGES, 2003).

Se, no processo de avaliação e no processo analítico, deparamo-nos com pacientes em que mais do que histórias mal vividas nos oferecem fendas psíquicas, encontramo-nos, então, diante da demanda de "preencher a fenda aberta pela inexistência inconcebível de um outro" (MCDOUGALL, 1982).

Aulagnier (1990) também contribui com a questão da prática analítica nos tempos atuais quando enfatiza ser utópica a idéia de perenidade do modelo do qual somos herdeiros. Refere, assim, a dois desvios: "aquele que nos separa de Freud e aquele que separa Anna O de uma parte dos analisandos de hoje" (p. 103).

Analisandos de hoje que, na observação de Green (1990), não trazem a representação como algo evidente, pois se apresentam com uma pobreza na capacidade de associar, com uma inibição fantasmática.

> Todo o trabalho analítico está aí... o que distingue os chamados casos *neuróticos* dos casos denominados *difíceis* é, precisamente, que nos casos chamados *difíceis* o analista deve, ele mesmo, fazer um esforço considerável de representação daquilo que o paciente não pode representar, isto é, o analista deve fazer como se colocasse seu próprio aparelho mental em ação, como auxiliar do aparelho mental do paciente (p. 65).

Pode-se pensar que, dessa forma, o lugar do analista corre *per via de porre*, não no sentido da sugestão, mas na acepção de preenchimento de um aparelho que se encontra empobrecido de representações.

Botella (2002), teorizando acerca da questão da irrepresentabilidade, enfatiza que, diante da perda da figurabilidade, mote para que a interpretação se faça, o analista perde seu enquadre.

Aulagnier (1990) vai propor "um sujeito tributário da memória e de um saber materno", ao referir-se ao empréstimo necessário que o sujeito psíquico faz de um discurso familiar, uma vez que, pela precocidade, uma lembrança pessoal não se faz passível de rememoração. É um branco na história que será passível reconstruir a partir de um *a posteriori*.

Quando representação e passado se afastam da centralidade em nossa clínica, é preciso que o analista se presentifique não como um objeto da transferência no sentido da atualização e rememoração, mas como aquele que pode jogar tintas, *per via de porre*, na tela carente de representações a serem recordadas e ressignificadas.

Referências bibliográficas

APIGNANESI, L. F. *Las Mujeres de Freud.* Buenos Aires: Editora Planeta, 1996.

AULAGNIER, P. *Um intérprete em busca de sentido* (v. 1). São Paulo: Editora Escuta, 1990.

BOTELLA, C. & Botella, S. *O Irrepresentável: mais além da representação.* Porto Alegre: Criação Humana, 2002.

FERNANDES, M. H. *Entre a alteridade e a ausência: o corpo em Freud e sua função na escuta do analista.* Comunicação pessoal em Estados Gerais da Psicanálise. Segundo Encontro Mundial. Rio de Janeiro, 2003.

FREUD, S. Delírios e Sonhos na *Gradiva* de Jensen. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud:* (Vol.IX). Rio de Janeiro: Imago. (Publicação Original em 1907), 1976.

_____ Construções em Análise. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud:* (Vol.13). Rio de Janeiro: Imago. (Publicação Original em 1937), 1976.

_____ Estudo sobre a Histeria. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud:* (Vol.1). Rio de Janeiro: Imago. (Publicação Original em 1893), 1976.

_____ Fragmento da Análise de um caso de Histeria. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud:* (Vol.7). Rio de Janeiro: Imago. (Publicação Original em 1905), 1976.

_____ Projeto para uma Psicologia Científica. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud:* (Vol.1). Rio de Janeiro: Imago. (Publicação Original em 1923), 1976.

_____ Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud:* (Vol.2). Rio de Janeiro: Imago. (Publicação Original em 1893), 1976.

_____ Sobre a Psicoterapia. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud:* (Vol.7). Rio de Janeiro: Imago. (Publicação Original em 1905), 1976.

GREEN, A. *Conferências Brasileiras de André Green, Metapsicologia dos limites*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

HORNSTEIN, L. *Introdução à Psicanálise*. São Paulo: Editora Escuta, 1989.

MCDOUGAL, J. *Em defesa de uma certa anormalidade*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

BORGES, G. & PAIM, I. *O mais além da construção freudiana*. Comunicação pessoal. Porto Alegre, 2003.

OLIVEIRA C. P. *O Armorial é Pós-Moderno*. Disponível em: http://www.geocities.com/pistache_online/pistache1/catiaoliveira2.htm. acesso em dezembro de 2003.

A ESCUTA NA PSICANÁLISE E A PSICANÁLISE DA ESCUTA[4]

MÔNICA MEDEIROS KOTHER MACEDO
CAROLINA NEUMANN DE BARROS FALCÃO

Freud inaugura novos tempos: o tempo da palavra como forma de acesso por parte do homem ao desconhecido em si mesmo e o tempo da escuta que ressalta a singularidade de sentidos da palavra enunciada. Ocupa-se, em suas produções teóricas e em seu trabalho clínico, de palavras que desvelam e velam, que produzem primeiro descargas; depois, associações. Palavras que evidenciam a existência de um outro-interno, mas que também proporcionam vias de contato com um outro-externo quando qualificado na sua escuta. Estes tempos em Freud inauguram a singularidade de uma situação de "comunicação" entre paciente e analista. Um chega com palavras que demandam um desejo de ser compreendido em sua dor, o outro escuta as palavras por ver nestas as vias de acesso ao desconhecido que habita o paciente. A situação analítica é, por excelência, uma *situação de comunicação*: nela circulam demandas, nem sempre lógicas ou de fácil deciframento, mas as quais, em seu cerne, comunicam o desejo e a necessidade de ser escutadas.

A capacidade de ir além da ciência de sua época está intimamente ligada à possibilidade de Freud de buscar nas palavras de seus pacientes e em suas próprias, mais do que padrões de adaptação à moral e costumes vigentes, e sim uma fala atravessada pelo inconsciente e pela sexualidade: mensagens cifradas e

[4] Este capítulo foi publicado originalmente como artigo, com o mesmo título, em *Psychê* Revista de Psicanálise – (ISSN 1415- 1138) ano IX, n 15, jan/jun/05.

enigmáticas que demandaram outra qualidade de escuta para ser compreendidas. Ao se deparar com o sofrimento histérico, Freud se pôs a escutar um corpo que falava; nos sonhos, descobre a capacidade dos elementos se condensarem e se deslocarem, criando uma outra cena; nos lapsos, percebe a expressão de algo via uma inesperada inabilidade na execução de atos ou falas, até então exitosas. Ao dar cada vez mais espaço para o que "escutava" de forma diferente, no contato com seus pacientes, Freud pôde construir "tanto um novo ramo do conhecimento quanto um método terapêutico" (FREUD, 1940 [1938], p.91).

A palavra que se impõe

A Psicanálise surge em reação ao niilismo terapêutico dominante na psiquiatria alemã do fim do século XIX, o qual preconizava a observação do enfermo sem escutá-lo e a classificação da patologia sem o intuito de oferecer-lhe tratamento (ROUDINESCO & PLON, 1998). Freud inquieta-se com tal conduta. Mesmo tendo uma formação médica, e, estando imerso em um contexto científico de caráter positivista, a conduta psiquiátrica da época não o satisfaz. Freud propõe a todo tempo – e desde o início de sua experiência clínica no Hospital Salpêtrière com Charcot – que o paciente fosse escutado. Embora ainda distante de fundar a Psicanálise, Freud já começa a demarcar o importante papel que atribuiria à palavra.

Cabe ressaltar que estamos falando de uma palavra que lhe abriria novas possibilidades de compreensão do sofrimento humano. Desta forma, dois trabalhos impõem-se: o de escutar a palavra do outro, bem como o de produzir palavras que viessem ao encontro dessa demanda de ajuda. Talvez se demarque, desde estes tempos iniciais, uma característica essencial da psicanálise como método e técnica: estar aberta à singularidade deste outro que fala, seja na dimensão referente a seu sofrimento e pedido de ajuda, seja no que diz respeito ao efeito de sua ação

terapêutica sobre ele. Ao abrir caminhos para que o homem repense sua história, a própria psicanálise escreve sua história de transformações e ampliações.

Os tempos iniciais são os de emprego da hipnose. Em estado hipnótico, o paciente descreve cenas, conecta-se com o material traumático. Cabe ao médico, então, comunicar-lhe o que havia sido dito e descrito, uma vez que retornando do transe, o paciente de nada se lembra. Os sintomas são esbatidos pelo uso deste método, mas o sujeito não se apropria ativamente de sua história. Então, no decorrer de seus trabalhos, Freud vai abandonando a hipnose e direcionando-se à necessidade de criar outra forma de escutar. Surge a associação livre.

Também neste trabalho de desconstrução e construção, a palavra do paciente tem um efeito na teoria e na técnica. Emmy Von N. lhe pediu, certa vez, que não a tocasse, não a olhasse e nada falasse; queria apenas ser escutada. A palavra impõe-se, apontando uma mudança no caminho de Freud: a cura viria por ela, mas não mais a palavra de um sujeito ausente que delegava ao terapeuta uma função de memória de seus conteúdos traumáticos e que colocava em ação um recurso que priorizava a sugestão. Agora, é por meio das narrativas ativas de um sujeito *acordado*, de seu discurso cheios de lacunas, da presença e ausência da palavra que o paciente passa a ser escutado. Ao retirar a palavra do que a nosografia diz sobre o paciente, Freud entrega a palavra ao paciente, para que ele fale sobre si mesmo. Surge, então, a psicanálise, marcada pelo convite a que o analisando, em uma posição ativa diante do seu processo de cura, comunique-se e associe livremente.

Introduzindo o conceito de inconsciente, Freud desloca a fala até um outro lugar, muito além da intenção consciente de comunicar algo: ao falar, o sujeito comunica muito mais do que aquilo que inicialmente se propôs. O inconsciente busca ser escutado e ter seus desejos satisfeitos, comunicando-se por intermédio de complexas formações: sonhos, sintomas, lapsos,

chistes, atos-falhos; fenômenos que apontam para este "desconhecido" que habita o sujeito. E assim, abre-se na palavra a dimensão do que escapa ao próprio enunciante.

O campo da patologia é o primeiro espaço no qual Freud observa a existência do inconsciente, ao focar o seu olhar sobre os sintomas durante os seus trabalhos com as histéricas. Anos depois, esta observação se amplia, abrangendo também o que é da ordem dos processos psicológicos normais: os sonhos apontam para a existência universal do inconsciente. Por meio destes, Freud depara-se com a imperiosa necessidade da escuta na prática clínica: são as associações do paciente que possibilitam o acesso aos significados de seus sonhos. Distancia-se, assim, a psicanálise de uma idéia de "código universal de deciframento", uma vez que, no processo de compreensão das produções do inconsciente, a palavra terá de ser dada ao paciente.

Ao tratar da psicopatologia da vida cotidiana, Freud escreve a respeito de "falhas" que se operam no discurso: palavras esquecidas, palavras trocadas, palavras suprimidas, palavras equivocadas. E o inconsciente mostra-se operante não apenas no dormir, mas também na vida de vigília. Ao tratar dos chistes, Freud detém-se em trocadilhos, piadas, aforismos: palavras que, sob a égide da comédia, podem ser ditas. E o inconsciente mostra-se operante na vida de vigília, não somente por meio da falha, mas também como "criador de novidade" (HORNSTEIN, 2003, p.151). Os textos freudianos desta primeira década da psicanálise retratam, em última análise, o domínio permanente do inconsciente sobre a totalidade da vida consciente.

E assim, a *associação livre* ganha destaque fundamental. De fato, a análise dos fenômenos psicológicos normais e patológicos só se mostra possível por intermédio dela, e, como contrapartida, exige-se do analista uma capacidade de escuta que não reduza os espaços simbólicos que a associação livre viabilizou. Ao paciente cabe comunicar tudo o que lhe ocorre, sem deixar de revelar algo que lhe pareça insignificante,

vergonhoso ou doloroso, enquanto que ao analista cabe escutar o paciente sem o privilégio, *a priori*, de qualquer elemento do seu discurso. Na efetivação desta regra fundamental, instaura-se a situação analítica, abrindo possibilidades do desvelamento da palavra:

> No seio da associação livre vai-se produzindo um deslocamento da imagem, do fato como fixo, e este vai-se incluindo em múltiplas imagens caleidoscópicas cujas combinações possíveis se multiplicam e onde o ritmo, a cadência, a intensidade maior de alguns fonemas, a excitação explícita no gaguejar de uma palavra, o sentido duvidoso de uma frase mal construída, tudo isso vai dando tonalidades diferentes a estas figuras que não passam desapercebidas à escuta sutil da atenção flutuante. Ao mesmo tempo, ao ser escutado pelo analista, o próprio sujeito que fala se escuta (ALONSO, 1988, p.2).

Associando, o paciente fala de um outro – o inconsciente – que lhe é desconhecido e que irrompe em sua fala, quando a lógica consciente se rompe. Torna-se, então, presente, em algum determinado momento da fala do paciente, a lógica do inconsciente, do processo primário. A partir de sonhos, atos-falhos, chistes, esquecimentos, ambigüidades, contradições, esta lógica vai se desvelando e os conteúdos vão sendo significados com a ajuda da interpretação.

Nestes primeiros tempos da psicanálise, Freud apresenta o aparelho psíquico dentro de um modelo tópico, composto de três "lugares" – consciente, pré-consciente e inconsciente – que se organizam em dois sistemas com princípios reguladores e de funcionamento completamente distintos. Estes construtos teóricos sustentam uma técnica psicanalítica, a qual designa ao analista o trabalho de *tornar consciente o inconsciente*. O analista atua como um *decifrador*, o qual, com seus recursos técnicos, é capaz de traduzir e revelar ao sujeito os seus desejos, fornecendo-lhe sentido desconhecido. A escuta analítica sob este

preceito técnico de tornar consciente o inconsciente fica revestida de um saber e de um poder, ou, utilizando a expressão lacaniana, o analista fica em um lugar de *sujeito do suposto saber*. Lugar este que quando delegado pelo paciente pode, nos *momentos iniciais* da análise, auxiliar que palavras sejam enunciadas a este outro, visto pelo paciente como possuidor de um saber pleno e absoluto. Entretanto, à medida que o processo avança, cabe ao analista a recusa da ocupação deste lugar. A condução do processo analítico deve possibilitar a descoberta, por parte do paciente, de que ele é quem sabe de si: um saber que é patrimônio de um território desconhecido de si mesmo. Para alcançá-lo, além de ser escutado, o paciente deverá escutar-se. É somente ao assumir a posição de que não sabe a respeito de quem chega com uma demanda de ajuda, que o analista poderá efetivamente exercitar a escuta analítica.

À proporção que avança em suas formulações teóricas, Freud vai construindo, modificando e reconstruindo concepções técnicas, de forma a garantir a validade da psicanálise como método terapêutico. Em seus artigos sobre a técnica psicanalítica podemos acompanhar os dilemas de Freud. Como pensar "regras" para os procedimentos psicanalíticos sem cair em uma esterilização da técnica; como construir um *método* – caminho a seguir – sem perder de vista a singularidade do encontro entre paciente e analista. O risco era o de propor regras que passassem a ser tomadas como verdades absolutas – às quais não caberia nenhum questionamento – levando, então, a um distanciamento dos preceitos de autonomia, liberdade e singularidade da psicanálise. De fato, Freud sempre salienta que o domínio da técnica é alcançado, principalmente, pela experiência clínica. Experiência clínica que não diz respeito apenas ao atendimento de pacientes, mas também, e fundamentalmente, à experiência clínica da análise pessoal. O cuidado com a escuta de si mesmo aparece no texto freudiano

como condição *sine qua non* para a possibilidade de exercer uma escuta em relação ao outro.

De uma arte interpretativa à escuta da repetição

São as aventuras clínicas, com seus fracassos e sucessos terapêuticos, e as aventuras da psicanálise aplicada[5], que vão conduzindo Freud a importantes formulações teóricas. A introdução de conceitos como narcisismo e transferência, bem como a constatação do fenômeno da repetição, é decisiva para evolução até um novo tempo da técnica psicanalítica. Em *Além do Princípio do Prazer* (1920), Freud analisa esta evolução, salientando que, no princípio, a psicanálise era, acima de tudo, uma arte interpretativa. Isto é, o intento do psicanalista reduzia-se em descobrir, decifrar, reunir e comunicar o material inconsciente do paciente, combatendo permanentemente as resistências imbuídas a este processo.

> Tornou-se cada vez mais claro que o objetivo que fora estabelecido – que o inconsciente deve tornar-se consciente – não era completamente atingível através desse método. O paciente não pode recordar a totalidade do que nele se acha recalcado, e o que não é possível recordar pode ser exatamente a parte essencial (p.31).

A conceitualização da pulsão de morte e da compulsão à repetição como sua manifestação clínica impuseram uma nova

[5] A psicanálise aplicada refere-se à utilização dos aportes psicanalíticos como meio de compreensão e interpretação em diversos campos do saber, podendo abranger, por exemplo, a interpretação de obras em função da vida do autor, ou uma interpretação psicanalítica de textos literários. O objetivo primordial de Freud no emprego da psicanálise aplicada era impedir a restrição da psicanálise ao campo médico, ao procedimento terapêutico. "Em todos os seus trabalhos considerados da esfera da psicanálise aplicada, com efeito, podemos constatar a existência de um segundo objetivo, este puramente teórico [...]. Assim, o estudo sobre Leonardo Da Vinci afasta-se das psicobiografias habituais, marcando um passo adiante na teoria da sexualidade [...]. Do mesmo modo, *Totem e Tabu* ultrapassa os limites de suas referências etnológicas" (ROUDINESCO & PLON, 1998, p. 607-608).

demanda técnica: além de ter alcance sobre o que não é acessível por causa do recalcamento, é preciso alcançar também o que é inacessível por ser desligado, não representado. E, assim, a escuta psicanalítica transforma-se e amplia-se radicalmente: a tarefa do psicanalista não mais consiste somente em recuperar uma história, senão em possibilitar simbolizações estruturantes.

Neste sentido, a transferência ganha força como espaço privilegiado do trabalho analítico. Na transferência, a palavra dirigida ao analista terá de ser remetida as suas originais determinações, evidenciando o valor de uma história sempre única e singular. Talvez aí se faça presente com mais clareza o que está além da palavra escutada no processo analítico: a transferência como ferramenta técnica fundamental só é possível na medida em que Freud vai valorizando o complexo encontro que ocorre entre o paciente e o analista. Fora do papel de decifrador, o analista depara-se com um psiquismo aberto, que produz e reproduz continuamente efeitos de uma história.

Em *Análise Terminável e Interminável*, Freud (1937) aponta o efeito da escuta no campo analítico: a análise é um processo "terminável", enquanto se refere "uso" da capacidade de escuta do analista, mas interminável enquanto se refere à capacidade adquirida pelo paciente de escutar-se. O processo analítico, a partir da escuta do psicanalista, envolve, assim, a instrumentalização da escuta do paciente em relação a si mesmo.

O encontro na clínica psicanalítica

Luis Hornstein (2003), psicanalista argentino, ao trabalhar as relações entre intersubjetividade e clínica psicanalítica, ressalta o quão importante são os suportes teóricos do analista, uma que vez que são eles que caracterizam e sustentam a práxis. É desde os seus preceitos teóricos que o analista enxerga o paciente como ser psíquico e sustenta a sua escuta diante dele.

A ciência, em um primeiro momento, preconiza a possibilidade de predizer toda a realidade do mundo, à medida que fossem estabelecidas as leis gerais de funcionamento da natureza. Entretanto, a física – ciência da qual Freud vale-se de muitas noções para as suas formulações sobre o funcionamento do aparelho psíquico – passa, desde a época freudiana, por transformações radicais em muitos de seus construtos, abrindo espaço para o quântico, o relativo, o complexo, o instável, o criativo. Transformações que levam ao questionamento da visão determinista do mundo, ao renascimento da noção de imprevisto e à incorporação, pela ciência, da noção de probabilidade. Transformações que levam à quebra do paradigma do determinismo, o qual minimiza a criação e a liberdade. Conduzindo tais transformações e suas implicações ao terreno psicanalítico, é possível compreender o psiquismo como um *sistema aberto*, que tem uma organização determinada, mas que pode modificar-se e adquirir novas propriedades. "Pensar o sujeito como um sistema aberto à intersubjetividade, não somente no passado, senão na atualidade, exige refletir sobre as tramas relacionais e seus efeitos constitutivos da subjetividade" (HORNSTEIN, 2003, p.97). O que é da ordem da relação ganha destaque, acima de tudo a partir dos seus efeitos sobre o sujeito, uma vez que esta concepção de psiquismo como sistema aberto pressupõe um permanente intercâmbio e uma complexa rede de inter-relações entre sujeito e objeto.

A busca pela historização do indivíduo torna-se imprescindível. Freud sempre manteve a aspiração de recuperar a verdade histórica a partir da história narrativa do paciente. Hornstein (2003) aponta para a possibilidade de articulação dos acontecimentos históricos significativos com as montagens fantasmáticas que acompanham suas representações psíquicas. Encontrar relações entre circunstâncias reais e fantasmáticas e articulá-las, ainda, com a interpretação que o sujeito elaborou acerca do vivenciado. Historizar implica considerar que

a história não é uma estrutura invariável, nem um conjunto de acontecimentos imprevisíveis.

> Desde a primeira sessão a "história oficial" é confrontada com aquela que o analista ajuda a construir, analisando as formações de compromisso. Os testemunhos do passado são os sintomas, as transferências, as repetições, as formações de caráter, os sonhos e também as recordações (HORNSTEIN, 2003, p.102).

Justifica-se, então, a análise dos suportes teóricos que sustentam a práxis do analista. Considerar o psiquismo como um sistema aberto, levar em conta que o psiquismo produz e reproduz continuamente efeitos de uma história, implica colocar a escuta em um campo intersubjetivo, ou seja, no campo da transferência. Entretanto, ainda que analista e analisando estejam incluídos no mesmo campo, não há entre eles uma relação de simetria. É a capacidade de escuta do analista que garante a assimetria necessária ao processo. Escuta da pulsão que insiste no alicerce de cada palavra. Escuta da pulsão evocada por cada palavra. Vivência pulsional reatualizada, repetida, insistente na busca por satisfação.

Escuta que mantém a transferência, mas não se confunde com ela, não cede à convocatória constante do paciente:

O analisando se dirige ao analista como sendo o único destinatário de sua palavra, o que não é mais que a tentativa que o analisando faz de articular seu desejo a uma presença concreta. De atribuir ao desejo um objeto para não reconhecer que o desejo, em sua impossibilidade de satisfazer-se, implica em uma falta, em uma ausência (ALONSO, 1988, p.3).

Escuta que pressupõe a abstinência do analista, impedindo uma satisfação substituta do desejo e remetendo, assim, o sujeito às origens infantis do seu amor. Desejos que, ao não serem satisfeitos, abrem a possibilidade de ressignificação.

Análise: interjogo de possibilidades e limites da escuta

A importância da escuta na psicanálise vai se evidenciando na medida em que percorremos os textos freudianos. As recomendações da técnica, assim como os desenvolvimentos teóricos, apontam sempre para a preocupação de Freud de que a psicanálise não perca o que a diferenciava das demais possibilidades terapêuticas: o valor dado ao autoconhecimento e, também, à liberdade pessoal. O que visa ser escutado na psicanálise resulta em uma psicanálise da escuta. Os lapsos, os sonhos, as repetições, os sintomas; enfim, as formas de subjetividade – livres de uma classificação ou de rótulos – abrem espaços de singularidade.

A teoria psicanalítica não pode ocupar o lugar da história de vida do paciente. Os fantasmas do analista não podem ensurdecê-lo no encontro com o paciente. Desta forma, o famoso tripé – formação teórica, atividade de supervisionar-se e análise pessoal – passam a ser recursos na qualificação do processo de escutar o outro. A própria história da psicanálise, nos relatos clínicos de Anna O. e de Dora, atestam os riscos da "surdez" do analista. Como bem assinala Hornstein (2003):

> É possível pretender que fórmulas simples permitam compreender o processo analítico? Não, analisar é hipercomplexo: escutar com atenção flutuante, representar, fantasiar, experimentar afetos, identificar-se, recordar, autoanalisar-se, conter, assinalar, interpretar e construir (p.105).

De fato, a preocupação com a formação do analista está presente desde os tempos iniciais. Quando Jung, a partir de seu trabalho em parceria com Bleuer na Clínica do Burghölzli, tem a idéia de "tratar os alunos como pacientes" (ROUDINESCO & PLON, 1998, p.17) está lançada a semente para o que depois tornar-se-ia a exigência da análise

didática na formação de futuros analistas. É fundamental destacar, porém, que em 1925, quando foi instituída na Associação Psicanalítica Internacional (IPA), a obrigatoriedade da análise pessoal para a formação psicanalítica visava à socialização entre professor e aluno e o afastamento das práticas de idolatria e imitação a Freud. Parece que, todavia, o intuito inicial distorceu-se, pois

> ao longo dos anos, a IPA se havia transformado num vasto aparelho atormentado pelo culto da personalidade [...]. Reencontrou-se, assim, na análise didática, o poder da sugestão que Freud havia banido da prática da psicanálise. Em conseqüência disso, seus herdeiros passaram a correr o risco de se transformar em discípulos devotos de mestres medíocres, quer por se tomarem por novos profetas, quer por aceitarem em silêncio a esclerose institucional (ROUDINESCO & PLON, 1998, p.18).

Talvez aí tenha se perdido o que deveria ser o ponto maior de identificação com Freud: a liberdade de pensamento. Percebe-se, assim, que na intenção de criar regras de qualificação do analista em sua escuta clínica, outros temas foram se interpondo entre o processo de *ser escutado para ser* um psicanalista e o cumprimento das exigências para *ter autorização* de ser um psicanalista. Mas criam-se sombras diante dos temas que aludem à questão da análise pessoal, e que tentam permanecer disfarçadas atrás dela. Sombras que, uma vez existentes, parecem transformá-la muito mais em uma busca em atender expectativas preestabelecidas e institucionais, do que em uma busca em cuidar de si próprio como *condição fundante da própria capacidade analítica.*

Alonso (1988) demarca com propriedade que os mesmos fatores que podem oferecer possibilidades ao analista em relação à sua escuta também podem limitá-la. Em torno do analista estão o seu fantasma, sua história pessoal, sua teoria e, ainda, a

história e a atualidade do movimento psicanalítico. Escutar-se de fato em sua análise pessoal permite a instrumentalização do analista e oferece, conseqüentemente, a possibilidade de utilização de todos estes fatores como recursos que incrementam a sua capacidade de escuta e de verdadeira sustentação do seu lugar. Em contrapartida, a adesão dogmática e a conversão em um estereótipo de psicanalista provocam, inevitavelmente, a limitação: o "fantasma torna-se limite para a escuta nos pontos cegos. A teoria passa a ser limitadora da escuta quando entra na sessão para ser aplicada ou confirmada" (p.5).

Assim, o alcance da escuta do analista também está intrinsecamente vinculado a um processo de historização. Historização que implica a apropriação de um fazer-se psicanalista, a compreensão que este é um processo complexo, contínuo e interminável. E o reconhecimento que "a possibilidade de escuta está no próprio desejo do analista, recuperado a cada momento pelo trânsito das associações que lhe permitem reconhecer seu desejo pessoal em jogo para poder a ele renunciar, levando-o a não ter a necessidade de querer assegurar seu lugar – nem pela rigidez do *setting*, nem pela rigidez do gesto" (ALONSO, 1988, p.4).

Ao propormos percorrer a história da escuta *na* psicanálise, chegamos à escuta *da* psicanálise. Ao lançarmos nosso olhar para a importância dada pelo analista às palavras de seu analisando, demarcou-se o fundamental papel da escuta do analista em relação à si próprio, em sua análise pessoal. De fato, a escuta da Psicanálise encontra sua vitalidade na capacidade do analista reconhecer o valor e a necessidade de ser ele próprio escutado, promovendo em si uma capacidade que está fora do domínio da rigidez ou da padronização e que, por isto, abre vias de acesso à escuta do outro. Assim recupera-se no tempo de cada analista, a criatividade e a vitalidade dos novos tempos inaugurados por Freud: o reconhecimento do inconsciente e dos recursos de acesso à compreensão de seus efeitos.

Referências bibliográficas

ALONSO, S. L. (1988). *A escuta psicanalítica.* Texto disponível na Internet www.uol.com.br/percurso/mais/pcs01/artigo0120.htm. Acessado em 24 mai 2003.

BARROS FALCÃO, C de; KRUG, J. & MACEDO, M. Do passado à atualidade: a psique pede passagem. In: Macedo, M. (org). *Neurose: leituras psicanalíticas.* Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002.

HORNSTEIN, L. *Intersubjetividad y clínica.* Buenos Aires: Paidós, 2003.

FREUD, S. (1920). *Além do princípio do prazer.* Edição Standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1976. 24v. V.18. – Esboço, 1940 [1938]

_____ (1937). *Análise terminável e interminável.* Edição Standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1976. 24v. V.23.

_____ (1940 [1938]). *Esboço de psicanálise.* Edição Standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1976. 24v. V.23.

MACEDO, M. K. Transferência: uma esperada visita inesperada. In: Macedo, M. (org). *Neurose: leituras psicanalíticas.* Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002.

ROUDINESCO, E; Plon, M. *Dicionário de psicanálise.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

STRACHEY, J (1969). *Artigos sobre Técnica: Introdução do Editor Inglês.* Edição Standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1976. 24v. V.12.

A IMPLICAÇÃO DO LUGAR DO ANALISTA NO DESTINO DO PROCESSO ANALÍTICO

Sissi Vigil Castiel
Carolina Neumann de Barros Falcão

Na cultura atual, a teoria e a técnica psicanalítica já não ocupam o lugar de ideal de ego de outrora. As características da modernidade são razões justas para tal acontecimento. Na verdade, observa-se uma resistência da cultura à psicanálise. Contudo, entender isto apenas como um fenômeno extramuros é não considerar a crise em sua totalidade, eximindo os psicanalistas de suas responsabilidades.

Jacques Derrida (2001), em *Estados-da-alma da Psicanálise*, aponta para a existência, não de uma, mas de uma dupla resistência em curso: uma, do mundo à psicanálise e outra, da psicanálise a ela mesma bem como ao mundo, ou seja, da psicanálise à psicanálise como ser-no-mundo.

Para além das resistências da psicanálise ao mundo e vice-versa, vamos nos deter, a partir da afirmação de Derrida, na questão de que a psicanálise resiste a ela mesma. Dentro do contexto metapsicológico e clínico, em que se insere essa afirmação? O autor afirma que é em seu poder de pôr em crise que a psicanálise está ameaçada e entra, portanto, em sua própria crise. Para ele o que deveria acontecer em cada sessão de análise seria uma espécie de microrevolução, e, portanto, a psicanálise deveria ser um processo de parte a parte revolucionário (DERRIDA, 2001).

Se não nos cabe dúvida de que a psicanálise foi, e continua sendo, a prática clínica capaz de transformar o sofrimento humano, de que forma ela acaba impedindo sua própria vigência quando resiste a si mesma? Estariam os próprios psicanalistas de hoje resistindo à análise? A afirmativa de Derrida introduz a questão do lugar do analista na clínica, no sentido do que caberia ao psicanalista para que cada sessão tivesse efetivamente um caráter revolucionário.

A técnica analítica foi elaborada a partir da teoria e vice-versa. Dessa forma as observações clínicas implicaram em novos aportes metapsicológicos que por sua vez se desdobraram em novas perspectivas para a terapia analítica. Tendo isso em vista, tentamos recuperar nesse estudo como as ampliações feitas na metapsicologia e na teoria da técnica freudiana possibilitam repensar o lugar do analista de forma que o processo analítico seja transformador.

Retomando o discurso freudiano, temos que, em um primeiro momento, a técnica analítica objetivava tornar consciente o inconsciente: o sujeito deveria conhecer suas representações recalcadas. Na clínica, por meio da interpretação, seria possível realizar o deciframento do inconsciente, de maneira a revelar ao sujeito a verdade e o sentido de seu desejo. Neste procedimento técnico, a interpretação apresentava um modelo tópico (FREUD, 1893-95).

No quadro da primeira teoria das pulsões, suporte metapsicológico da técnica deste período inicial, o discurso freudiano apresentava as pulsões sexuais reguladas pelo princípio do prazer, enquanto que as pulsões autoconservativas estavam reguladas pelo princípio da realidade. No campo da experiência clínica, esta formulação seria transformar o processo primário em processo secundário, de forma que o ego passaria a defender-se da sexualidade (FREUD, 1911). Assim, poderíamos formular que, neste tempo da técnica, ante a constatação

da verdade do seu desejo, o sujeito deveria abdicar dele, por meio do juízo de condenação (FREUD, 1909).

A concepção da ética que perpassa essa concepção da técnica é a de que seria necessária uma renúncia ao desejo por parte do sujeito, na medida em que a satisfação deste colocaria em risco a sua conservação. Portanto, o objetivo da técnica analítica relacionava-se ao deciframento das verdades inconscientes para que pelo uso da razão o sujeito pudesse renunciar a elas. Nesse processo, então, estavam em evidência o ego, a razão e a renúcia.

Que lugar ocupa o analista dentro dessa concepção técnica? O de intérprete de uma verdade que está inconsciente, e, nesse sentido, o analista contaria com o ego do paciente como aliado para poder decifrar tais verdades. O lugar do analista teria relação com uma posição intelectual diante do paciente: aquele que saberia decifrar as verdades do sujeito.

No entanto, Freud começa a dar-se conta da intensidade da repetição na análise, passando a apontar como questão básica da transferência o que é possível ser vivido por intermédio dela (FREUD, 1914a). De fato, a repetição feita pelo paciente determina que, quanto mais o processo analítico se aprofunda, mais a resistência por meio da regressão busca satisfação das pulsões no campo da transferência. A verdade revela-se por meio da repetição, denunciando a realidade psíquica do sujeito. Por outro lado, a neurose buscada em um passado longínquo torna-se também atual. Desta forma, as patologias psíquicas se expressariam na clínica, sobretudo, pela repetição e no marco da relação analítica acharão sua possibilidade de resolução. Repetem-se fragmentos do édipo organizados sob o signo da neurose de transferência. Esta repetição permite a expressão da neurose histórica como potência atual.

Quando o paciente repete na transferência, não está empenhado em recordar, pois o ego obtém satisfação a partir da re-

petição, posto que está investido de sexualidade (FREUD, 1914b). Esta constatação de Freud, feita em 1914, parece motivar a pergunta sobre qual é o papel do ego no processo analítico. Em outras palavras, poderia o analista contar com o ego no intento de recuperar a representação recalcada, uma vez que este é parte interessada na repetição? Assim, fica questionado o ego como lugar de retificação das fantasias sexuais. Desde o ponto de vista terapêutico, de nada serviria o conhecimento pelo ego da representação recalcada, na medida em que este se encontra implicado neste processo (CASTIEL, 2003).

Por outro lado, em *As Pulsões e seus Destinos*, Freud (1915) retoma o conceito de pulsão, definindo uma quarta característica para esta – pressão (Drang). Joel Birman (1991) salienta esse aspecto, afirmando que neste texto a pulsão é pensada por Freud, primordialmente por seu aspecto econômico, como uma força que impõe ao psiquismo um trabalho. A irrupção pulsional seria justamente o que obrigaria o sujeito a ter de realizar um trabalho sobre as excitações para que fosse possível dominar a força da pulsão como irrupção. Assim, seria preciso um campo de objetos por meio dos quais existisse a satisfação e, a partir disto, a inscrição destas experiências em um campo de representações.

Esta constatação tem uma repercussão técnica. Se não é possível contar com o ego como aliado na tentativa de recuperar a representação recalcada, e se o analista pode se constituir em um objeto para a pulsão, isto quer dizer que o que se repete na análise é o circuito pulsional. Dessa forma, os representantes pulsionais podem se tornar conhecidos, pela experiência intersubjetiva com o analista. Isto implica dizer que o analista interpreta as vicissitudes desta neurose histórica feita neurose de transferência em sua relação com o complexo de castração. Por outro lado, a potência atual da neurose implica que o fator quantitativo também esteja em jogo, colocando, desta forma, o econômico em pauta e não mais somente o tópico.

Em *Além do Princípio do Prazer*, quando Freud (1920) formula a segunda teoria das pulsões, retoma o tema da repetição. Descreve as repetições que se estabelecem como uma compulsão, ou seja, se repetem experiências do passado que não tem nenhuma ligação com o desejo de prazer e que não foram representadas. A experiência analítica passa, então, a suceder-se cada vez mais a partir do automatismo da repetição, o que consistiria a neurose de transferência. Seu propósito passa a ser o de colocar a compulsão à repetição no eixo da transferência, buscando, deste modo, a sua simbolização.

O campo da análise, então, refere-se à dialética entre a força pulsional e sua simbolização, de modo que a condição de possibilidade da segunda está dada pela transferência. A experiência analítica passa a ser, cada vez mais, uma experiência intersubjetiva. Assim, o "outro-analista" é quem possibilitará a simbolização do repetido. Esta concepção da técnica fica mais enfatizada, a medida em que é possível colocar de um lado Eros, como possibilidade de ligação – representada na análise pelo espaço de intersubjetividade por meio da transferência – e de outro, a pulsão de morte – representada pela compulsão à repetição.

Assim, as elaborações teóricas e técnicas feitas a partir de 1915 permitem pensar que a análise passa a referir-se a duas classes de atos psíquicos: ao conteúdo representado e que, por isto, pode transformar-se em palavra e a uma outra dimensão de atos psíquicos que não se acham inscritos e que somente poderão articular-se como palavra, pertencentes a uma cadeia simbólica, pelo caminho da transferência e da experiência intersubjetiva com o analista.

Na medida em que existem experiências que não estão representadas e que, portanto, não podem ser recordadas, a intervenção do analista não pode mais restringir-se somente à interpretação. Diante desta constatação, Freud (1937b) formula o

conceito de construção, referindo-se à elaboração que o analista deve realizar na análise "essencialmente destinada a reconstituir nos seus aspectos reais e fantasísticos uma parte da história infantil do sujeito" (Laplanche e Pontalis, 1994, p.97). Ou seja, construção é a soma da transferência com a história.

As intervenções do analista – construções e interpretações – levam à perlaboração, que seria a passagem de uma aceitação puramente intelectual do conteúdo inconsciente a uma convicção baseada na vivência do pulsional, via transferência, e sua vinculação com a história. A perlaboração seria, deste modo, a maneira pela qual a repetição vai determinando o registro da simbolização. Por meio do trabalho perlaborativo, é possível cessar a insistência da repetição do inconsciente (FREUD, 1914a).

A partir de *Análise Terminável e Interminável* (1937a), e no *Esboço de Psicanálise* (1940), Freud apresenta a pulsão de morte como o elemento mais poderoso no que se refere ao êxito da análise. Com isto está colocando em evidência que a simbolização da força pulsional, ou seja, a transformação da pulsão de morte em Eros, pela transferência, não é sempre possível.

Assim, de acordo com estes pressupostos, a análise passa a ser um espaço de intersubjetividade, circulação e representação do pulsional cujo objetivo é sua transformação no sentido do desejo. A análise implica que analista e analisando possam, juntos, construir destinos para as forças pulsionais e inscrevê-las no universo da simbolização. Dentro deste contexto, a sublimação seria o destino pulsional que se relacionaria a formas alternativas de satisfação do desejo.

Efetivamente, Freud indicou em um momento mais tardio de suas formulações teóricas e técnicas que o rumo do trabalho analítico estaria, de algum modo, relacionado à sublimação (FREUD, 1940). Esta constatação de Freud é possível justamente pelas modificações de ênfase na técnica, na qual a circulação do pulsional e a transferência assumem a prioridade na clínica.

Este segundo momento da técnica analítica faz pensar em uma outra concepção ética da análise, tendo em vista que não está mais em pauta a renúncia ao pulsional. Assim, a problemática que se estabelece para a experiência analítica é a de como construir caminhos alternativos para que as forças pulsionais possam ter satisfação no universo psíquico e no campo da alteridade de acordo com a castração. Essa seria uma outra concepção ética da análise, segundo a consideração do desejo e formas sublimatórias de satisfação deste.

De fato, essa virada da técnica em Freud possibilita uma outra dimensão do lugar do analista. Este entra com sua presença, oferece-se como um objeto para a pulsão – não no sentido da satisfação, mas, sim, criando uma circularidade. Freud (1937) afirma que a análise deve ser levada a cabo num estado de frustação, destacando, com isto, que a circularidade pulsional na análise é dada pela posição de abstinência do analista. Isto dito nas palavras de Lacan: sustentar a demanda para que o desejo possa se manifestar (LACAN, 1958). É ao não responder à convocatória de satisfação vinda do paciente que o analista abre espaço à manifestação do pulsional.

Nesse processo, o analista está implicado como pessoa, exilando-se do próprio ego e, portanto, em certo sentido ausente, mas presente com seu inconsciente. O processo analítico só verdadeiramente ocorrerá a partir da condição do analista de conseguir ocupar esse lugar de objeto – por meio do qual a pulsão tenta se satisfazer – e de sujeito da ação terapêutica. Essa não é uma posição fácil de se aceder, e neste sentido pode-se compreender a afirmação lacaniana de que toda a resistência é, na verdade, do analista (LACAN, 1958). Dentro desse contexto, Derrida (2001) diz que o lugar do analista é "sem álibi", o que parece caracterizar bem a radicalidade desta posição de se oferecer como objeto, ao mesmo tempo, sustentar a demanda, *estar e não estar*.

É ao tratar da hospitalidade que Derrida (2003) aponta a necessidade de, diante do que chega – ao Chegante ou Estrangeiro – "que o deixe vir, que lhe ceda lugar, que o deixe chegar, sem exigir reciprocidade, nem mesmo o seu nome" (p. 28). É possível relacionar o posicionamento do autor com este lugar radical de viver o processo analítico, de estar inteiro e ao mesmo tempo, exilado de si mesmo.

Assim, percebe-se uma marcante diferença no que diz respeito ao lugar do analista nestas duas perspectivas técnicas em Freud. Na primeira delas, está presente a razão, o ego do analista, revestido de um poder, sujeito suposto saber. A implicação disto é a intelectualização do paciente a respeito do conhecimento de si próprio, o que não quer dizer transformação pulsional. A segunda, ao contrário, é uma posição do analista que precisa ser atingida, no sentido da transformação dos destinos pulsionais, muito além da intelectualização.

Considerar estas duas perspectivas do lugar do analista abre espaço para o questionamento do fenômeno da Reação Terapêutica Negativa. Freud (1923) define a RTN em *O Ego e o Id*:

> há pessoas que se conduzem muito singularmente no processo analítico. Quando lhes damos esperanças e nos mostramos satisfeitos pela marcha do tratamento se mostram descontentes e pioram marcadamente (p.50).

Em *Análise Terminável e Interminável* (1937a), remonta a RTN à pulsão de morte.

Ainda que a RTN seja definida como uma resposta do paciente ao destino da análise, parece-nos que ela está diretamente relacionada ao lugar que ocupa o analista no processo analítico. Se o êxito da análise depende da simbolização da pulsão de morte, ocorre uma RTN quando isto não é possível. É verdade que esta simbolização depende do paciente, mas, por outro

lado, depende também da capacidade do analista de colocar-se como objeto da pulsão e como sujeito da ação terapêutica, com todas as implicações que advém deste fato. Se o analista não ultrapassa a perspectiva intelectualizante do deciframento, a análise não adquire uma dimensão terapêutica, o que pode redundar em uma RTN.

A RTN, entendida desde a perspectiva do lugar do analista, é, em nosso entender, a resistência da psicanálise a ela mesma, isto é, a psicanálise resiste a ela mesma quando o analista não está em seu lugar. No entanto, é a radicalidade do lugar do analista o que possibilita à psicanálise o estatuto de ser a forma terapêutica vigente, na qual é possível dar conta da transformação da economia libidinal. Transformação esta que resulta em modificações significativas e singulares no que diz respeito à apropriação, por parte do sujeito, de seu desejo.

Referências bibliográficas

BIRMAN, J. *Freud e a interpretação psicanalítica.* Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1991.

CASTIEL, Sissi V. *Implicaciones Metapsicológicas y clínicas de la conceptuación de la sublimación como proceso psíquico en la obra de Freud.* Tese. (Douturado em Psicologia). Universidade Autonoma de Madrid, Madrid, 2003.

DERRIDA, J. *Estados-da-alma da psicanálise: o impossível para além da soberana crueldade.* São Paulo: Escuta, 2001.

_____. *Anne Dufourmantelle convida Jacques Derrida a da falar da hospitalidade.* São Paulo: Escuta, 2003.

FREUD, S. Sobre la psicoterapia de la histeria. In: Breur, J; Freud, S. (1893-95). *Estudios sobre la histeria.* Obras completas. Buenos Aires, Amorrortu, 1994. 24v. V.2.

_____ (1909). *Análisis de la fobia de um niño de cinco años.* Obras completas. Buenos Aires, Amorrortu, 1994. 24v. V.10.

_____ (1911). *Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico.* Obras completas. Buenos Aires, Amorrortu, 1994. 24v. V.12.

_____(1914a). *Recordar, repetir y reelaborar. Obras completas.* Buenos Aires, Amorrortu, 1994, vol.12.

_____(1914b). *Introducción del narcisismo.* Obras completas. Buenos Aires, Amorrortu, 1994, 24v. V.14.

_____ (1915). *Pulsiones y destinos de pulsión.* Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1994. 24v. V.14.

_____ (1920). *Más allá del principio de placer.* Obras completas. Buenos Aires, Amorrortu, 1994, 24v. V.18.

_____ (1923). *El yo y el ello.* Obras completas. Buenos Aires, Amorrortu, 1994. 24v. V.19.

_____(1937a). *Análisis terminable e interminable.* Obras completas. Buenos Aires, Amorrortu, 1994. 24v. V.23.

_____(1937b). *Construcciones en análisis.* Obras completas. Buenos Aires, Amorrortu, 1994. 24v. V.23.

_____ (1940). *Esquema del psicoanálisis.* Obras completas. Buenos Aires, Amorrortu, 1994,. 24v. V.23.

LACAN, J (1958). A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In: Lacan, J. *Escritos.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LAPLANCHE J. & PONTALIS, J-B. *Vocabulário da psicanálise.* São Paulo: Martins Fontes, 1994.

A Singularidade da Psicanálise Infantil

Adriana Ampessan

Há quinze anos, quando terminei o curso de graduação em Psicologia e recém- ingressava na formação analítica, encontrava-me em um momento em que o tema que este capítulo propõe, no que diz respeito à Psicanálise Infantil, ocupava uma posição secundária em nosso meio, e também no meu interesse.

Na nossa cidade, Porto Alegre, naquela época, a única formação psicanalítica existente, com reconhecimento internacional não permitia o ingresso de psicólogos. Estavam surgindo novos grupos de formação, do qual fiz parte, que permaneceram graças ao reconhecimento de sua profunda seriedade em nosso meio. Foram cursos quase que exclusivamente voltados ao atendimento de pacientes adultos.

Produzia-se uma valorização crescente ao retorno a Freud e sua Metapsicologia, por um lado, e a Lacan por outro. A escola inglesa da corrente de Melanie Klein (1981), que havia predominado no trabalho clínico infantil, até então, e incluía na sua proposta a técnica do brinquedo como recurso analítico (criada entre 1920 e 1940), perdia espaço.

A posição primeira era sobre a clínica da linguagem, em detrimento daqueles que desejassem trabalhar com uma população que se encontrava num momento evolutivo em que a palavra, somente, não era o instrumento possível de análise.

As dificuldades na busca daqueles psicanalistas que desejavam iniciar-se, em algum momento, na prática analítica infantil, não eram poucas. As contribuições da senhora Klein e

seus guias técnicos estavam sendo postas à prova por não responder aos obstáculos que surgiam na clínica psicanalítica de crianças daquele momento. Como trabalhar então com outros referenciais que dessem conta da singularidade teórico-técnica de paciente neste momento evolutivo, se não contávamos com princípios diretivos claros nem com guias técnicos para dar conta do que surgia na clínica com crianças?

A situação era a seguinte: alguém que se aventurasse a trabalhar na clínica infantil, com outros referenciais, que não o kleiniano, deparava-se com um "mix" teórico e técnico que levava os analistas, muitas vezes, a intervenções mais psiquiátricas do que psicanalíticas.

No meu caso, em particular, não escapei de uma perambulação teórico-técnica na busca de profissionais mais experientes para a prática supervisionada. Procurava integrar meu estudo teórico, que era transmitido no curso de formação (um estudo profundo da obra de Freud e com o qual me identificava), com o encontro de uma técnica infantil coerente dentro dessa mesma linha teórica.

A busca foi longa, mas nela tive a oportunidade de encontrar grandes profissionais entre eles, a psicanalista Silvia Bleichmar, que ajudou a nortear minha prática clínica com crianças. Essa autora parte de um eixo teórico dentro da obra de Freud que entende o inconsciente sendo formado por meio da relação com o semelhante. Refere que essa vivência será registrada no psiquismo incipiente e sofrerá os efeitos dos movimentos pulsionais que lhe são inerentes (BLEICHMAR, 1993).

Silvia Bleichmar viabiliza a coerência que buscava entre o referencial psicanalítico freudiano e a clínica infantil. Inicia seu trabalho em Freud, trabalha suas idéias e define seus próprios parâmetros para a psicanálise. Encontrei em suas ricas contribuições teórico-clínicas aportes para pensar, a partir do motivo de consulta, com sua produção de sintomas, um modelo diagnóstico e um modo de trabalhá-lo.

Trilhando então esse caminho dentro da proposta freudiana desenvolvida nos textos de Freud (1915) da Metapsicologia e redefinindo novos parâmetros técnicos, chegamos à clínica com crianças. Trata-se de campo privilegiado de descobertas, mas, também, o lugar onde as dificuldades técnicas se fazem mais presentes. Pensemos um pouco em como se dá o processo das entrevistas iniciais na clínica infantil.

Entrevista com os pais

Iniciar um processo no campo da psicanálise com crianças, criando as melhores condições de entrada, resulta em dúvidas as quais todo analista já deve ter vivenciado no seu trabalho cotidiano.

Receber os pais antes da criança, a criança antes dos pais, deixar a escolha a critério dos pais e receber quem vier, ou se posicionar de início a respeito de quem deve comparecer ao primeiro encontro? Como lidar com situações cada vez mais freqüentes de casais separados ou da inclusão de outros parceiros ou, ainda, como receber as novas composições familiares que surgem nos tempos atuais? Como não acredito ser possível um "procedimento padrão" penso que todas as opções devem ter como escolha a metapsicologia implícita nos atos de cada psicanalista.

Quando os pais decidem consultar, por algum motivo, normalmente o primeiro passo em direção ao analista é por intermédio de um contato telefônico e, na maioria das vezes, é a mãe quem o faz. Porém, mais importante do que o comparecimento de determinada pessoa será a sustentação da posição analítica (tarefa nada fácil!) de "escuta". Escutar com quem a mãe, se for ela quem ligou, pensou em vir, com quem ela estabelece vínculos e o que propõe neste primeiro contato.

Certa ocasião, ao perguntar a uma mãe com quem pensara vir à consulta, ela respondeu, sem hesitar, que com a criança porque as duas compartilhavam todas as situações de vida. Essa senhora, que já tinha uma experiência analítica anterior, ao entrar no meu consultório, sentou-se inicialmente na minha poltrona e depois me contou que o motivo da consulta era a dificuldade do filho em aceitar qualquer regra do colégio no qual recém- ingressara. A mulher não carregava a idéia de espaços diferenciados entre ela e o filho, e o pai da criança não era citado em nenhum relato a não ser quando se fizesse alguma pergunta sobre ele.

Pergunto no telefonema pelo pai, não pelo marido, porque não sei, a princípio, se uma mulher que tem um filho tem um marido. E tampouco me importa a realidade conjugal dela. Nós, analistas, não ocupamos uma posição religiosa ou pedagógica; o modelo do pensamento psicanalítico é outro, não sendo eu quem deva decidir que relação há entre sexualidade, maternidade ou matrimônio. Normalmente pergunto, se o pai não for mencionado, se ele sabe, se está interessado em comparecer e me posiciono (somente depois de ter ouvido a posição de quem fez o contato), assinalando que prefiro uma primeira entrevista sem a presença da criança. Pais que contam no consultório tudo diante de seus filhos, ou, o que é muito comum, que baixam seu tom de voz para contar algo que os filhos não deveriam ouvir, agindo na presença deles como se estes não estivessem presentes; são pais que contam tudo em todos os lugares. Estes pais não têm claro o efeito que o que contam causa nos filhos. São pais que não podem criar espaços de diferenciação e de discriminação de papéis e lugares.

Adotar uma escuta do modo como se posicionam os pais que nos ligam após a primeira consulta e receber o que puderem nos contar é trabalho do analista. Trata-se de, posteriormente, auxiliar na demarcação dos espaços e tratar de auxiliá-los na

construção de um espaço de diferenciação para ver como se segue o processo a partir de então.

Outro aspecto no qual, propositalmente, não me detenho inicialmente, neste primeiro ou segundo encontro com os pais, é na história da criança. A história, como adverte Silvia Bleichmar (1994), pode fascinar a escuta analítica ou produzir uma saturação de sentido, impedindo o analista de conhecer o que deve encontrar. Esta entrevista é a última que realizo antes da devolução.

A partir daí, detenho-me a entender o motivo da consulta tratando de diferenciar o que é da *ordem do sintoma* e o que é da ordem do *posicionamento desejante dos pais*. Exemplifico: uma criancinha encaminhada pelo colégio apresentava certa dificuldade de concentrar-se e apreender os conteúdos, mas, na entrevista com os pais, estes a descreviam como inteligente, porém, distraída – devemos ter claro o que faz parte do desejo dos pais e o que é da realidade. Uma criança pode estar distraída porque não pode parar de pensar no nascimento de um irmãozinho recém-chegado, por exemplo; ou porque está diante da intensidade de representantes pulsionais que invadem seu ego sem que este possa exercer seu papel de filtrar estímulos (FREUD, 1895).

O diagnóstico diferencial é importantíssimo, mais ainda na clínica da infância, para estabelecer a estratégia adotada pelo analista, e a escolha de intervenções adequadas, elementos determinantes no processo da cura analítica. O motivo de consulta deve responder, por um sintoma – "retorno do recalcado" como no modelo da neurose do adulto, ou, por um destino pulsional anterior ao do recalcado, vicissitudes de patologias mais sérias. Cabe ao analista estar capacitado para dar conta do diagnóstico diferencial de forma clara.

A entrevista com os pais e o que eles puderem nos transmitir consciente e inconscientemente, por meio do motivo de

consulta da criança, ajudam a conceber a realidade do inconsciente infantil. Inconsciente este marcado pelo encontro com a figura materna, e mais tarde paterna, causando um efeito na estruturação da sexualidade infantil.

Ao escutar os pais, vou levantando *hipóteses* que vão ou não sendo confirmadas ao longo da entrevista, com respostas às perguntas que vou formulando. Eu testo minhas próprias hipóteses para chegar a um possível diagnóstico, que só é importante na medida em que define uma estrutura e resulta na escolha de uma estratégia terapêutica eficaz.

Os pais vão nos dando elementos, a partir do que relatam e, com eles, vamos buscando entender como é constituído o inconsciente infantil. O objeto da Psicanálise de crianças é o inconsciente, não dos pais, nem da família, mas da própria criança e a Psicanálise é um *método de indagação* dos processos psíquicos. As perguntas formuladas aos pais devem ter uma direção, inquire-se a realidade sobre certos elementos para dar conta de uma hipótese.

Há um tempo, questionava uma supervisionanda sobre o porquê de perguntar tal coisa aos pais, e ela me respondeu: "Para saber um pouco mais". Um pouco mais do quê? Temos que saber o que buscamos, o que estamos querendo saber e, também, depois poder ouvir outras coisas que vão surgindo.

Perguntar aos pais se a criança se interessa pelo movimento do liqüidificador, na cozinha, pode parecer absurdo ou bizarro, mas não se a hipótese diagnóstica que estou formulando for de Autismo. A pergunta deve ter como meta a delimitação de um campo, para armarmos o método.

Por fim, neste primeiro ou segundo encontro, esclareço todo o processo diagnóstico aos pais. Cabe destacar que esses momentos de entrevistas com os pais costumam ter uma duração maior do que o habitual. Falamos de como se dará todo processo

e, assim, lhes forneço uma estimativa do tempo que levará. Combinamos também como falar com a criança sobre a vinda em meu consultório. Proponho um projeto de trabalho.

Telefonema dos pais

Antes do encontro com a criança, solicito aos pais que me telefonem, para me colocarem a par do que disseram à criança, quando contaram da sua vinda ao meu consultório. Verifico assim, como se posicionou transferencialmente a criança, para saber com que transferência vou me deparar de entrada. É muito importante o modo como as crianças são colocadas em análise e como está centrada a resistência. Tento criar boas condições de chegada.

Sabemos que nenhuma criança se recusa a vir à consulta se os pais acreditam na Psicanálise. As crianças não pedem aos pais para ir à escola, vão porque os pais estão convictos da necessidade. Algumas pessoas rezam porque sofrem, outras procuram um psicanalista. O que faz os pais buscarem atendimento é a convicção de que a análise beneficia; isso é uma crença cultural, e, se os pais a tem, transmitem à criança.

Tomo o cuidado de só receber uma criança se existe a possibilidade de trabalhar com ela, porque qualquer passagem pelo consultório tem um efeito importante.

Entrevista com a criança

Desde sempre associamos brincadeiras e brinquedos com as crianças. Eles têm uma função simbólica e de prazer, e para nós, analistas, mais do que isto, constituem o meio de acesso ao seu inconsciente. São formas de viabilizar trocas, de promover intercâmbios humanos.

O importante na escolha dos brinquedos do consultório é que eles sejam capazes de expressar fantasias para serem analisadas. Escolho objetos que permitam as crianças pensarem. É por meio dos brinquedos que expressam suas fantasias e cabe ao analista ir dando-lhes um sentido. A interpretação é oferecida por intermédio do que for surgindo na brincadeira.

O analista de crianças tem o direito de recuperar seus aspectos lúdicos e trabalhar com o humor. O material é apenas o ponto de partida, não é o objeto da análise, mas deve ser prazeroso para ambos, analista e paciente. Em meu consultório há uma mesinha baixa com duas cadeiras, vários tipos de material gráfico à disposição e comum a todas as crianças (blocos de papel, lápis de cor, giz de cera, marcadores coloridos, cola, tesoura, durex, cordão, massa de modelar...); além disso, tenho uma casinha de boneca "Fische-Price" com todo o mobiliário e distintos personagens representados com faixas etárias distintas. Posso também perguntar aos pais, durante a primeira entrevista, com o que a criança gosta de brincar em casa e incluir esse material em sua caixa individual.

Possuo uma cômoda com várias gavetas chaveadas, que é de uso individual de cada criança. Lá dentro não coloco nada que estrague fácil ou que precise ser substituído – esse material fica disponível sobre a mesa. Coloco na gaveta jogo de chá, animais de fazenda, pequenos bonecos, paninhos, trens, carros, aviões e outros materiais que julgo interessantes dependendo da faixa etária e do sexo da criança, todos como instrumentos de facilitação da expressão de seus desejos e fantasias.

Móveis, brinquedos e material gráfico, no meu consultório estão colocados de uma maneira tal, que, ao entrar, a criança tem uma visão do que ofereço para comunicar-se comigo, sem precisar ser dito. Em geral, dirigem-se diretamente para lá.

Procuro não usar jogos prontos, pelo menos, não os ofereço à criança. Posso até jogar por um tempo, mas não o faço como hábito. O jogo, às vezes, não produz criação e pode aumentar a resistência, mas deve-se respeitar a singularidade de cada criança. O lúdico em psicanálise não é jogar – o modo de posicionar-se diante das coisas.

Recebo a criança, não como a professora da escolinha ou como um "bebê oligofrênico". Devemos ter o cuidado para não tornar pueril a análise com crianças. Somos analistas e estamos para ajudar a pensar, entender o motivo de consulta e depois, caso fique em tratamento conosco, analisar.

A primeira entrevista com a criança é para nos conhecermos. Nela me apresento, digo quem eu sou e o que faço. Conversamos sobre por que veio, o que pensa sobre isso, exploramos os brinquedos e falamos. No término, posso pedir um desenho se a entrevista foi pobre de conteúdo para que a criança não saia com a sensação de vazio.

Na segunda e terceira entrevistas, caso a criança esteja falando e brincando, seguimos o ritmo do encontro, senão, posso pedir um desenho livre e outro da família. São alternativas que me ajudam a pensar no inconsciente infantil, principalmente se tenho dúvidas diagnósticas.

Realizo também, em algumas situações, testes como o TAT, dependendo da faixa etária e do nível intelectual. Testes como esses exploram o mundo fantasmático infantil, permitem ver como está organizada a estrutura edípica. Não realizo testes que tenham um caráter pedagógico. Se existir a necessidade de realizar um WISC, encaminho a um colega. Geralmente o faço se tenho sérias dúvidas com diagnósticos diferenciais envolvendo suspeita de psicose. Se a suspeita for de algo orgânico, encaminho a um neurologista.

Entrevista da história da criança

Esta entrevista é a última que realizo antes da devolução com os pais. Convido a mãe e a criança a comparecerem, pedindo permissão ao pai para representá-lo como o terceiro na estruturação familiar. Interessa-me os dados da história, como são contados, como ocorreram e a resposta emocional do que contam, mas, sobretudo, minha atenção está voltada para o modo de funcionamento desta dupla (mãe e filho) diante de um terceiro.

Entrevista de devolução

Depois de todo processo concluído, convido os pais novamente para sentarmos e conversarmos sobre tudo o que pensei durante as entrevistas iniciais. Conversamos sobre o entendimento do motivo da consulta, tudo que puder ser contado, respeitando o sigilo com a criança. O sigilo nunca é o que a criança desenha ou brinca – são sempre os fantasmas que ela expressa. E isto não tem por que ser dito.

Caso se decida iniciar um tratamento, fechamos o contrato. Mas nunca se faz contrato com pais que não estejam claramente decididos a iniciar a criança em tratamento. O contrato envolve combinações de freqüência, horários, honorários e sigilo. A partir desse momento abrem-se novos caminhos com a criança.

Propus-me a expor, neste capítulo, o meu modo de trabalhar nas entrevistas iniciais em Psicanálise Infantil. Ou seja, faço um convite a pensar como se determina o início de um tratamento com crianças.

A seriedade que envolve o tema destas primeiras entrevistas diz respeito a estabelecer um diagnóstico preciso para alcançar êxito no futuro tratamento, ou seja, visa à precisão diagnóstica para gerar novas condições de simbolização, abrindo novas possibilidades de vida para os nossos pacientes.

Referências bibliográficas

BLEICHMAR, S. *A fundação do inconsciente – Destinos de pulsão, destinos do sujeito.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

_____. *Nas origens do sujeito psíquico: Do mito à história.* Porto Alegre: Artes Médicas, 19983

_____. *Clínica psicoanalítica y neogénesis.* Buenos Aires: Amorrortis Editores, 2000.

_____. Do discurso parental à especificidade sintomática na psicanálise de crianças in Rosemberg, Ana Maria Sigal e outros. *O lugar dos pais na psicanálise de crianças.* São Paulo: Ed Escuta, 1994.

FREUD, S. *Projeto para uma psicologia científica* (1985). In: Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago, 1980. V. I

_____. *Artigos sobre a metapsicologia* (1915). In: Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago, 1980. V. XIV.

_____. *Conferências introdutórias sobre psicanálise* (1916-1917). Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago, 1980. V. XVI

_____. *O ego e o id* (1923). In: Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago, 1980. V XIX.

_____. *Inibição, sintoma e ansiedade* (1925). In: Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago, 1980. V. XX.

KLEIN, M. *Psicanálise da criança.* São Paulo: Mestre Jou, 1981.

_____. *Contribuições à psicanálise.* São Paulo: Mestre Jou, 1981.

Parte 3

(Con)texto Cognitivo-Comportamental

A ENTREVISTA MOTIVACIONAL: IMPORTÂNCIA DO ACOLHIMENTO A DEPENDENTES QUÍMICOS

IRANI DE LIMA ARGIMON
KELLY CARDOSO PAIM

Considerando a importância do primeiro contato com o paciente, nos centraremos no acolhimento ao paciente dependente químico, quando da sua internação em uma unidade de tratamento para dependência química.

O principal objetivo de um trabalho terapêutico é facilitar mudanças comportamentais que diminuam o sofrimento e aumentem as contingências reforçadoras; para que isso aconteça é necessário pensar na relação terapêutica. Rangé (2001) afirma que o paciente que está buscando ajuda é privilegiado pelo trabalho do terapeuta capacitado em técnicas e procedimentos específicos ao mesmo tempo em que utiliza habilidades sociais importantes como a empatia.

Um primeiro objetivo está relacionado a construir a relação favorecendo a confiança e cooperação do paciente, mobilizando-o na busca de ajuda e possibilidade de alívio de seu sofrimento.

Um acolhimento afetuoso, sem risco de censura, servirá como um facilitador e como um instrumento para auxiliar na mudança do comportamento e das crenças disfuncionais do paciente. A aliança passa a ser colaborativa e não impositiva permitindo que o paciente possa se sentir seguro para compartilhar suas dificuldades. É importante que o terapeuta mostre

uma atitude flexível, porque, neste momento, o paciente internado necessita de empatia, naturalidade por meio da forma do terapeuta olhar, falar, apertar a mão, expressar uma postura amigável, ter firmeza quando necessário, usar uma linguagem compreensiva para o paciente, atenção, aceitação.

Falando sobre a dependência química

Entendemos a dependência química como uma relação disfuncional entre uma pessoa e seu modo de usar (consumir) uma determinada substância psicoativa. Segundo Laranjeiras (2002) as substâncias utilizadas possuem potencial de abuso podendo vir a desencadear a auto-administração repetida, que geralmente resulta em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo de consumo.

A dependência química implica uma "necessidade" psicológica e/ou física à droga; centra-se na necessidade do uso para atingir um nível máximo de sentimento de bem-estar e à adaptação fisiológica ao uso crônico da substância, com envolvimento de sintomas quando a droga é interrompida ou retirada.

Por esses fatores compreendemos que deixar de usar uma substância, da qual a pessoa é dependente física e/ou psicologicamente, não é uma decisão fácil de ser tomada. Pelo contrário, é necessário que esteja disposta a enfrentar muitas dificuldades, entre elas, a síndrome de privação da droga, com seus sintomas desconfortáveis, e o vazio deixado pela falta de uma "companheira", como muitos pacientes se referem à droga utilizada, que antes era tão presente na sua rotina.

Dessa forma, para mudar e permanecer abstinente, é preciso motivação para a mudança. Miller & Rollnick (2001) referem que motivação é o interesse e o entusiasmo que temos para

agir e nos movimentarmos em direção às mudanças positivas necessárias para a nossa vida, ou seja, é um estado de prontidão ou vontade de mudar.

Em nossa experiência, os pacientes, que se internam em uma Unidade de Dependência Química, expressam sentimento de ambivalência em relação à decisão de mudar. Uns, em maior intensidade, como no caso de internações involuntárias e outros mais amenamente quando já se conscientizaram de que a mudança é necessária, mas que, mesmo assim, questionam-se sobre a necessidade do tratamento, sentindo medo ou vontade de desistir. Por essa razão, o nosso papel é estimular a motivação para a mudança com o objetivo de facilitar a superação das dificuldades de permanecer em abstinência.

Entrevista Motivacional

A Entrevista Motivacional é uma intervenção estruturada que tem sido muito utilizada atualmente no tratamento de comportamentos dependentes (MILLER & ROLLNICK, 2001; OLIVEIRA, 2001). Para Knapp (2000), o ponto principal no modelo cognitivo é auxiliar o paciente a identificar a forma como ele constrói e entende seu mundo e facilitar de forma colaborativa experimentar novos jeitos de se relacionar com diferentes aspectos de sua vida. Portanto a Entrevista Motivacional tem como objetivo aumentar a motivação do paciente, fazendo com que a mudança venha de dentro, em vez de ser imposta de fora.

Podemos dizer que a motivação é o ponto-chave na tomada de decisão entre abandonar ou continuar com o padrão de uso problemático de substância. Quando o paciente percebe que está tendo problemas e que isso tem de ser mudado, ele próprio pode identificar as habilidades e os recursos necessários para realizar essa mudança ou procurar ajuda especializada e comprometer-se com um tratamento (MILLER & ROLLNICK, 2001).

Quando o paciente está diante de uma decisão de abandonar o comportamento de dependência, passa por um período de ambivalência entre manter o comportamento dependente ou abandoná-lo, surgem questionamentos tais como: "Por que mudar? Para que mudar? O que irá acontecer se eu mudar?". A resolução dessa ambivalência diante da mudança do comportamento-problema é uma das principais metas da Entrevista Motivacional (OLIVEIRA, 2001).

A fundamentação teórica da Entrevista Motivacional quanto ao processo de mudança está baseada no modelo transteórico da mudança proposto por Prochaska e DiClemente (1982) pelo qual se pode identificar os estágios motivacionais em que se encontram os pacientes. Estes autores propuseram seis estágios, que se inserem em uma "espiral de mudança" pela qual o paciente usualmente circula várias vezes antes de alcançar a mudança estável.

Os pacientes diferenciam-se no grau em que reconhecem o seu consumo de substância psicoativa como problemática e na sua prontidão pessoal para mudar. Os estágios motivacionais identificados por Prochaska & DiClemente são os seguintes:

Pré-contemplação: O paciente não percebe que tem um problema e precisa de ajuda, por isso não considera a possibilidade de mudança em seu comportamento. Assim, não se dá conta e não tem planos de mudança. A postura do terapeuta nesse estágio é flexibilizar sobre a evidência da dependência, levantar dúvidas, estimular a percepção do paciente sobre os riscos e problemas do comportamento atual.

Contemplação: O paciente passa a ter alguma consciência de que existe problema, mas encontra-se ambivalente em promover a mudança. Nesse estágio, o terapeuta deve inclinar a balança, ou seja, evocar as razões para a mudança, os riscos de não mudar, fortalecer a auto-suficiência do paciente para a mudança do comportamento atual.

Determinação: Nesta etapa há a percepção do problema, bem como da necessidade de promover mudanças. O papel do terapeuta é de ajudar o paciente a determinar a melhor linha de ação a ser seguida na busca da mudança.

Ação: o paciente está pronto para transformar-se. O terapeuta ajuda o paciente a dar passos rumo à mudança.

Manutenção: Existe a incorporação da mudança no seu estilo de vida. O terapeuta deve reforçar o sucesso, ajudar o paciente a identificar e a utilizar estratégias de prevenção de recaída.

Recaída: Se a mudança não se mantém, o estágio é o de recaída no qual o paciente retorna aos comportamentos anteriores precisando novamente evoluir nos estágios motivacionais. O terapeuta ajuda o paciente a renovar os processos de contemplação, determinação e ação, sem que este fique imobilizado ou desmoralizado em conseqüência da recaída.

O caminho entre os estágios motivacionais pode ser evolutivo ou regressivo, nos quais a ambivalência é o principal obstáculo para uma boa evolução.

Entre os princípios que estruturam a Entrevista Motivacional, Miller & Rollnick (2001) descrevem cinco princípios clínicos a seguir descritos:

Expressar empatia: Este princípio sugere que o terapeuta desenvolva um estilo terapêutico empático durante todo o processo.

Desenvolver discrepância: É ajudar o paciente a ver e sentir seu comportamento problemático e o quanto este o impede de alcançar suas metas, evidenciando onde a pessoa está e aonde ela quer chegar.

Evitar argumentação: Pressupõe que a resistência do paciente é fortemente influenciada pela forma como o terapeuta se dirige a ele. A confrontação gera resistência e é o sinal para

o terapeuta mudar as estratégias. Assim, ao evitar a argumentação, o terapeuta estará evitando que o paciente fique ainda mais resistente.

Acompanhar a resistência: A relutância e a ambivalência são reconhecidos como naturais e compreensíveis pelo terapeuta. Acompanhar a resistência inclui o envolvimento ativo do terapeuta no processo de solução de problemas.

Estimular a auto-eficácia: Uma das principais metas é aumentar a percepção do paciente no que diz respeito à sua capacidade de enfrentar os obstáculos que se apresentam ao longo do caminho da mudança.

O Acolhimento

Toda e qualquer internação hospitalar tem um caráter ansiogênico. Permanecer em um lugar estranho, longe da família e de sua casa é uma situação estressante. Em uma internação por causa do uso abusivo de substância psicoativa se somam os sentimentos de culpa, vergonha, medo do desconhecido e ambivalência além de sintomas fisiológicos decorrentes da síndrome de abstinência.

A chegada do paciente a uma Unidade de Dependência Química é um momento de sofrimento e intensa ambivalência. Portanto é de extrema importância o acolhimento deste paciente com empatia e aceitação incondicional como forma de atenuar tais sentimentos e proporcionar uma atmosfera de segurança. Assim, estaremos intervindo em sua motivação para mudança. Um ambiente em que o paciente receba apoio favorece que ele possa ser capaz de explorar suas experiências de forma aberta e identificar estratégias para resolução de seus problemas.

O papel do terapeuta não é diretivo no sentido de fornecer soluções; em vez disso, ele precisa oferecer três condições para

preparar o caminho à mudança natural: empatia, aceitação incondicional e autenticidade. Na Entrevista Motivacional, o elemento empatia é um ponto determinante na motivação para mudança do paciente e consiste na capacidade do terapeuta de se colocar de maneira efetiva no lugar de seu paciente compreendendo a sua perspectiva e os seus sentimentos, demonstrando, que apesar de não necessariamente concordar com eles, aceita-os e os considera legítimos (MILLER & ROLLNICK, 2001).

Muitos pacientes iniciam o tratamento no estágio de motivação para mudança "Pré-contemplação", quando não percebem a necessidade daquele, pois acreditam não terem problemas com o uso de substâncias. Como nesses casos há um intenso conflito psicológico que gera muito sofrimento, o acolhimento é uma poderosa intervenção terapêutica. Trazemos como exemplo o caso de uma jovem de 20 anos que chamaremos de Virgínia. Foi levada à Unidade de Dependência Química por seus pais que solicitaram a internação por causa do uso excessivo de álcool e maconha. Após a avaliação médica e quando confirmada a necessidade de internação, ela ingressou na Unidade de desintoxicação. Virgínia, muito contraída, não entendia o motivo da internação e mostrava-se muito agressiva com a equipe, necessitando permanecer restrita em seu quarto. Fomos até ela e nos apresentamos. Virgínia manifestou seus sentimentos sobre a situação. Disse ela: "Eu não preciso estar aqui. Sou uma pessoa normal e não tenho que ficar trancada aqui. Meus pais estão fazendo isto de propósito, eles não entendem que qualquer guria na minha idade bebe e fuma maconha". Nesse momento nossa intervenção foi a de que realmente sua situação era muito angustiante por estar em um lugar estranho, longe da sua família e com vontade de ir embora. Mas que estávamos ali para ajudá-la e faríamos o possível para isso, que podia contar conosco.

Nessa intervenção, fomos empáticos e explicitamos nossa possibilidade de ajuda, pois entendíamos que estava sofrendo muito. Essa atitude pode ser definida pela palavra "aceitação" e requer escuta reflexiva habilidosa pela qual o terapeuta procura colocar-se no lugar do paciente, aceitando sua perspectiva e seus sentimentos, sem julgar ou criticá-los. A ambivalência é aceita como parte normal da experiência humana diante de mudanças e é esperado que o paciente apresente relutância em abandonar o comportamento dependente.

Virgínia estava irritada, gritava e chorava muito, deixando o ambiente extremamente tenso. Percebemos que, nesse momento, seria importante a nossa aproximação propondo uma atividade que pudesse distraí-la e a deixasse mais à vontade no ambiente. Foi aí que a convidamos para jogar dama: "Sabes jogar dama? Gostarias de jogar uma partida comigo?". Ela respondeu: "Vamos jogar, então, talvez assim o tempo passe mais rápido".

No decorrer do jogo, percebemos o quanto tal atividade foi terapêutica, pois Virgínia foi se tranqüilizando e se descontraindo, quando até mesmo passou a aceitar o contato com a equipe.

Com essa intervenção, facilitamos dois princípios da Entrevista Motivacional descritos por Miller e Rollnick (2001) que são: evitar a argumentação e acompanhar a resistência, ou seja, não afirmar ao paciente que ele tem um problema que precisa ser mudado, pois isso faz com que ele defenda a posição contrária. Ao convidarmos Virgínia para jogar, estávamos respeitando sua resistência, pois ela estava com muitas dificuldades para falar sobre seu consumo de drogas, então, evitamos a confrontação e acompanhamos sua resistência. Jogar naquela hora foi o modo que encontramos para evitar a produção de mais resistência.

Um outro exemplo foi o de Eduardo, 56 anos, casado, empresário. Chegou para internação trazido pelos filhos, em conseqüência de uma recaída, tendo voltado a consumir excessivamente bebidas alcoólicas. No primeiro dia de internação, Eduardo apresentava fortes sintomas de abstinência, tais como, tremores, insônia, agitação, sudorese e mal-estar geral. Com muita ansiedade e humor deprimido, chorava e dizia: "Eu estou sofrendo muito. Quero ir para casa. Não vou conseguir ficar aqui, eu estou muito ansioso". Nossa intervenção foi: "Entendemos que está sendo muito difícil para ti, mas lembras que estás em um local onde estás sendo cuidado e toda a equipe está aqui para te ajudar neste momento difícil". Colocamos a mão em seu ombro e permanecemos ao seu lado. Percebemos que o acolhimento com empatia e a aceitação incondicional foram de extrema importância para a superação daquele momento de grande sofrimento. O fato de estar ao seu lado e lhe oferecer segurança o deixaram mais calmo e decidido a continuar o tratamento.

Rangé (2001) menciona a importância de encorajar o paciente de forma clara e direta durante o processo do tratamento. No caso de Eduardo, explicar que os sintomas sentidos faziam parte de uma síndrome de abstinência e o encorajar a superar tais dificuldades foram essenciais naquele momento para sua permanência na Unidade. Dias depois quando já não sentia os desconfortos próprios de uma desintoxicação, isso era lembrado ressaltando seus esforços em superar momentos difíceis e sua capacidade de mudar.

O relacionamento entre paciente e terapeuta começa a ser construído no primeiro momento do contato entre os dois. Edwards (1999) ressalta a importância do terapeuta mostrar afeto e empatia pelo paciente.

No caso de Juliano, 42 anos, que buscou tratamento por iniciativa própria, já vinha em acompanhamento psiquiátrico e

entendia a necessidade de buscar ajuda especializada para a dependência do álcool. O paciente encontrava-se em um estágio de motivação para mudança "determinação", pois estava decidido a realizá-la. Em uma entrevista inicial, em que conversamos sobre o consumo de substância, Juliano, mesmo determinado a mudar, manifestou ambivalência, explicitando dúvidas sobre se realmente estava a fim de internar-se, dizendo: "Não sei se devo abandonar tudo lá fora para ficar aqui, deixar minha família e meu trabalho. Além disso, me sinto culpado por fazer minha esposa sofrer, todos vão olhar para ela e vão dizer aquela é a esposa de um alcoolista".

No momento da internação, a ambivalência está presente em todos os pacientes, pois a tomada de decisão para fazer uma grande mudança no seu estilo de vida, inevitavelmente, gera dúvidas. Por isso a importância do terapeuta ser empático em relação a seu paciente, aceitando sua ambivalência sempre com um olhar reflexivo. Sendo assim, nossa intervenção foi a seguinte: "Entendemos que você tenha dúvidas em relação a esta mudança que certamente poderá ser importante na sua vida, a possibilidade de mudanças leva a pensar sobre custos e benefícios e se realmente vale a pena mudar. No entanto, você referiu não querer mais "fazer sua esposa sofrer" então quem sabe agora esta é uma oportunidade, não é?".

Essas e outras intervenções têm o objetivo de estabelecer o vínculo e favorecer que o paciente possa confiar no terapeuta para entender e atender às suas necessidades e dificuldades.

A qualidade da relação terapêutica, que pode ser estabelecida desde o início da intervenção, é fundamental para a continuidade do acompanhamento psicológico.

Referências bibliográficas

EDWARDS, G.; MARSHALL, E. J.; & COOK, C. H. *O tratamento do alcoolismo*: um guia para profissionais da saúde. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

KNAPP, P. Prevenção da Recaída no Alcoolismo: Abordagem Cognitiva-Comportamental. In CORDIOLI, A.V. (org). *Psicoterapias: Abordagens Atuais.* Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

LARANJEIRAS, R. et al.. *Usuário de substâncias psicoativas*: abordagem, diagnóstico e tratamento. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/ Associação Médica Brasileira. 2002.

MILLER, W. R. & ROLLNICK, S. *Entrevista Motivacional.* Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

OLIVEIRA, M. S. *A eficácia da intervenção motivacional em dependentes de álcool.* Tese de doutorado não-publicada. UNIFESP/ Escola Paulista de Medicina, São Paulo. 2001.

PROCHASKA, J. O.; & DICLEMENTE, C. C. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: theory, research and practice.* 20. P. 161-173. 1982.

RANGÉ, B. *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria.* São Paulo: ARTMED, 2001.

Entrevista em Psicoterapia Cognitiva

Ricardo Wainer
Neri Maurício Piccoloto

Introdução

No contexto das psicoterapias, as Terapias Cognitivo-Comportamentais (TCC) apresentaram, desde o fim da década de 1950 (KELLY, 1955; ELLIS, 1962) até os dias atuais, uma vasta gama de abordagens e de técnicas para o tratamento dos mais distintos transtornos mentais. As psicoterapias englobadas pelo título de Terapias Cognitivas, apesar de suas diferenças, possuem em comum o fato de considerarem a mediação cognitiva responsável pelo gerenciamento do comportamento humano e, dessa forma, como ponto a ser trabalhado para a obtenção da mudança terapêutica. Como se percebe, nessa abordagem psicoterapêutica, a elucidação das psicopatologias não se reduz ao efeito de contingências ambientais ou a explicações via inconsciente positivo, do Behaviorismo e da Psicanálise, respectivamente. Assume, porém, que o transtorno mental é o resultado das estruturas e/ou dos processos cognitivos que se encontram disfuncionais em determinado momento da vida dos sujeitos (WAINER, 1997).

Grandes avanços ocorreram desde o início das TCCs até os dias atuais. Os modelos teóricos, bem como as técnicas empregadas, alcançaram maior eficácia e abrangência, sendo que atualmente as TCCs são aplicadas por um número cada vez maior de terapeutas e em praticamente todos os transtornos psicopatológicos conhecidos.

Importante salientar que as TCCs são utilizadas como opção primeira para muitos tipos de psicopatologias, posto ter sido confirmado em diversas pesquisas comparativas o poder terapêutico desse modelo psicoterápico (distúrbios de ansiedade, transtornos alimentares, etc.) em relação a outros modelos clínicos anteriores (APA, 1998; BARLOW, 1999).

Os pressupostos fundamentais que unificam as TCCs são, segundo Dobson (1988): "1. a atividade cognitiva afeta o comportamento; 2. a atividade cognitiva pode ser monitorizada e alterada; 3. as modificações comportamentais desejadas podem ser conseguidas por meio de mudanças cognitivas" (p. 4).

Na avaliação das convergências entre os diversos modelos terapêuticos das TCCs, há ainda, em um âmbito mais óbvio, a preocupação em desvendar a gênese do sofrimento psíquico, de forma à obtenção de métodos psicoterápicos mais profícuos e mais rápidos (WAINER; MADEIRA & PICCOLOTO, 1999). Pode-se citar a ênfase dada ao método científico em todos os modelos psicoterapêuticos, nos quais tanto o terapeuta quanto o paciente comprometem-se na busca da redução do sofrimento em questão.

Por fim, outra concepção básica das TCCs é a crença de um ser humano agente sobre seus pensamentos, suas emoções e seus comportamentos. Um sujeito que, à medida que monitora, gerencia e reorganiza seus pensamentos, consegue modificar seus comportamentos de uma forma mais adaptada ao meio biopsicossocial que o cerca.

Estrutura das Entrevistas

Entrevistas iniciais

Um dos objetivos fundamentais da Terapia Cognitiva é possibilitar ao paciente a compreensão do processo terapêutico,

ou seja, o desenvolvimento de um acordo ou combinação terapeuta-paciente em torno dos objetivos e parâmetros da terapia (forma, freqüência, tempo), levando-se em conta a mensuração das dificuldades do paciente. Cabe salientar que essas demandas são baseadas em evidências iniciais, passíveis de ajuste ao longo da psicoterapia, não sendo, portanto, absolutas e inflexíveis (BECK, 1997).

As combinações a respeito da condução da psicoterapia cognitiva, tão importantes para adesão e progresso do tratamento, necessitam de um dado fundamental: a conceitualização dos problemas do paciente. Somente diante desses dados é que se pode estimar as informações a serem transmitidas ao paciente sobre aspectos básicos do seu tratamento e utilizar o seu próprio exemplo para a compreensão dos princípios da abordagem cognitivo-comportamental (FREEMAN, 1998). Nesse contexto, a avaliação diagnóstica segundo a psicopatologia descritiva (ateórica) faz-se fundamental, tendo como base de conhecimento os manuais diagnósticos de maior referência na atualidade (DSM-IV-TR e/ou CID 10). As sessões iniciais, portanto, implicarão uma avaliação diagnóstica descritiva, que embasará o futuro entendimento cognitivo e a construção do modelo teórico-explicativo referente ao caso em questão, o que por sua vez servirá de alicerce para a escolha das estratégias terapêuticas (Figura 1). O estudo psico-patológico descritivo, aplicado ao longo da psicoterapia e mais enfaticamente nas sessões iniciais, é, portanto, fundamental para o terapeuta cognitivo, fornecendo-lhe preditores de curso, prognóstico e riscos associados ao quadro clínico do paciente e substancia a elaboração de expectativas mais realistas que envolvem a evolução do referido quadro (WAINER, 1997).

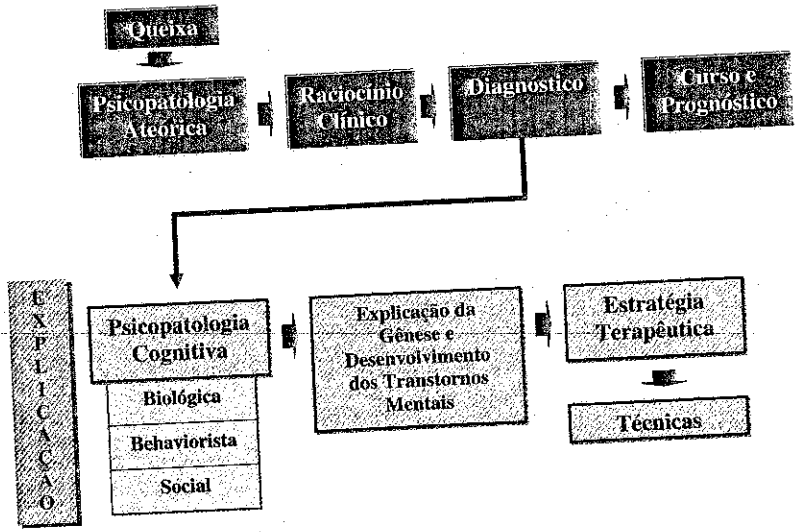


Figura 1 – Esquema da interação entre as Psicopatologias Ateórica e Cognitiva

A avaliação diagnóstica deve envolver itens como o(s) *Motivo(s) da Busca de Atendimento*, segundo a avaliação do paciente e dos familiares, isto é, os aspectos motivadores para a procura do tratamento, seja de que natureza forem; a *História Psiquiátrica/Psicológica Atual*, que inclui o *Exame do Estado Mental*, com sinais e sintomas proeminentes e dados relevantes do episódio presente, como os prejuízos funcionais, as condutas de risco e o uso de medicamentos; a *História Pregressa*, que envolve episódios ou eventos anteriores relacionados à sintomatologia psiquiátrica e tratamentos psicoterápicos e/ou farmacoterápicos já utilizados; a *História Psicossocial*, relacionada ao contexto social no qual o paciente está inserido e a *História Familiar*, que avalia preditores genéticos e aspectos importantes do funcionamento da família.

Os Modelos Cognitivos envolvem Transtornos de Eixos I e II, apresentando-se como construtos teóricos que buscam explicar o funcionamento cognitivo associado à psicopatologia, sendo apresentados ao paciente de uma forma esquemática e acessível, para que ele possa compreender as distorções na interpretação dos eventos associadas às suas dificuldades e ao seu sofrimento, bem como o entendimento das técnicas que serão utilizadas durante o tratamento. Nesse sentido, busca-se um favorecimento da adesão do paciente e da sua autopercepção como integrante do processo terapêutico. Após a avaliação psicopatológica ateórica, o terapeuta poderá reunir as condições necessárias para a elaboração deste modelo explicativo (psicopatologia explicativa ou teórica), ainda nas sessões iniciais, mantendo em aberto a possibilidade de reavaliações em qualquer etapa do processo.

Outro aspecto inerente ao início da psicoterapia é o estabelecimento de uma Aliança Terapêutica satisfatória, o que ocorre de forma crucial durante as sessões ditas iniciais (CAMINHA & HABIGZANG, 2003). Nesse âmbito, a postura do terapeuta, envolvendo sua busca de entendimento e empatia, tom de voz e expressão corporal, além de intervenções claras e não-impositivas, visam proporcionar ao paciente um ambiente seguro, cordial, compreensivo e colaborativo. Não obstante os pacientes com diagnósticos de Eixo II podem requerer uma maior demanda para o estabelecimento da aliança terapêutica, fato esse que não surpreenderá o profissional com adequado embasamento psicopatológico.

A partir das informações recolhidas nos vários âmbitos descritos, as sessões iniciais atingem o seu limiar na elaboração das metas terapêuticas, embasadas em dados abrangentes e clarificados, referenciais teóricos concisos e expectativas realistas, no limite das possibilidades.

As sessões iniciais, como todas as sessões de Terapia Cognitiva, seguem uma estruturação básica na sua forma. Os terapeutas em formação são geralmente orientados a seguirem mais fidedignamente a estrutura de tópicos preestabelecidos, para aumentarem a efetividade da sessão. Já os profissionais experientes podem eventualmente desviarem-se desse formato, pois tendem a desenvolver uma sistemática de atendimento que engloba automaticamente os itens da sessão, de forma menos rígida.

A estrutura básica de uma Sessão de Fase Inicial, posterior às sessões de avaliação diagnóstica ateórica, envolve basicamente os itens listados a seguir:

- *atualização sobre a situação do paciente*, incluindo eventos importantes desde a sessão anterior e checagem de humor com escores objetivos;
- *estabelecimento de agenda para a sessão atual*, elaborada pelo terapeuta e pelo paciente de forma conjunta (inicialmente, a tendência é de que o terapeuta tenha maior participação, havendo um gradual equilíbrio ao longo do tratamento). Os tópicos listados devem ser discutidos em ordem de prioridade, verificados pela dupla terapêutica. Os temas não-avaliados por escassez de tempo serão acrescidos na agenda da sessão seguinte, de acordo com o grau de importância daqueles. Nas sessões iniciais, os itens agendados podem incluir aspectos descritos abaixo, por sugestão do terapeuta;
- *educação do paciente sobre o Modelo Cognitivo*, por meio de exemplos que envolvam situações vivenciadas pelo próprio paciente, relacionando suas experiências, seus pensamentos automáticos disfuncionais, suas emoções e os comportamentos resultantes;
- *identificação das perspectivas do paciente em relação à terapia*, com o questionamento da validade de expectativas irreais, exageradamente positivas ou negativas;

- *combinação sobre Tarefa de Casa*, quando conveniente. Nas sessões iniciais as tarefas de casa podem envolver temas como a identificação de expectativas e a reflexão sobre o modelo cognitivo;
- *elaboração de Resumo da Sessão,* considerada uma prática importante da entrevista cognitiva, objetivando um reforço sobre os tópicos mais importantes da sessão e sobre a(s) tarefa(s) combinada(s) até o próximo encontro. O terapeuta é mais ativo nas sessões iniciais, encorajando o paciente a elaborar os resumos das entrevistas à medida que o tratamento avança;
- *obtenção do Feedback*, que consiste na verificação dos pensamentos do paciente a respeito da terapia e do terapeuta. Essas cognições, apesar de não se constituírem na essência da abordagem cognitiva, devem ser monitoradas freqüentemente, evitando-se dessa forma um prejuízo velado ao andamento do processo terapêutico;

Entrevistas Intermediárias e Finais

A psicoterapia atinge o ponto intermediário após considerável avanço na elaboração dos diagnósticos atéorico e teórico, já tendo possibilitado, até mesmo, o processo de psicoeducação do paciente quanto ao seguimento terapêutico típico das TCCs (para que tenhamos o empirismo colaborativo) e quanto ao funcionamento psíquico e comportamental disfuncional que está acarretando o sofrimento.

A partir desse ponto do tratamento, a abordagem do psicoterapeuta para com o paciente se transforma, consistindo em seguir uma estratégia específica, de acordo com o objetivo terapêutico mais apropriado para o caso e, conseqüentemente, para a estrutura diagnóstica hipotetizada. Dentre as estratégias terapêuticas mais utilizadas poderíamos citar:

1) *Reestruturação Cognitiva*: Nesta estratégia, o terapeuta direciona suas intervenções a fim de levar o paciente a rever e identificar pensamentos automáticos que geram emoções e condutas disfuncionais. Além disso, as entrevistas direcionam-se a auxiliar o cliente a checar evidências empíricas para ter indícios mais realistas (racionais) sobre suas crenças sobre si mesmo, o mundo e o futuro. Resumindo, com essa estratégia, busca-se que o paciente modifique a valência de seus esquemas mentais, para que esquemas mais funcionais sejam ativados em momentos em que, normalmente, esquemas disfuncionais, estão tendo ativação automática.
2) *Automonitoramento:* O objetivo terapêutico na estratégia de automonitoramento é o aumento da habilidade cognitiva de metacognição, que se mostra diminuída ou ineficaz. Dentro dos estudos da Psicologia Experimental Cognitiva, é notório que a elevada capacidade metacognitiva é preditora de eficácia em qualquer tarefa cognitiva. Assim sendo, considera-se que esta habilidade é crucial para o estado de eutimia.
3) *Resolução de Problemas:* o terapeuta auxilia o paciente a ser mais eficiente na resolução de problemas, direcionando a entrevista rumo à identificação da(s) etapa(s) de resolução de problemas em que estão ocorrendo as dificuldades de resolução e também simulando estratégias alternativas de resolução.
4) *Inoculação de Estresse:* O propósito das entrevistas nesta estratégia é gerar aproximações gradativas do paciente com os objetos/eventos estressores a fim de que ocorra uma dessensibilização do sujeito para com esses estímulos por intermédio do pressuposto da inibição recíproca.
5) *Disputa Racional*: O terapeuta conduz as entrevistas de forma a fazer com que o paciente perceba a irracionalidade de boa parte de suas idéias e, portanto, busque tomar suas decisões, bem como se comportar de acordo com princípios mais racionais.
6) *Treino de Habilidades Sociais*: Esta estratégia é muito utilizada em pacientes que apresentam ausência ou perda de repertórios comportamentais, como, por exemplo, pacientes com esquizofrenia que começam a apresentar forte decréscimo de funções mentais (sintomas negativos) e, então, necessitam ser treinados a reaprenderem rotinas comportamentais diárias cruciais para suas vidas.
7) *Prevenção de Recaída:* Estratégia surgida inicialmente no tratamento das adições, mas que avançou e hoje é utilizada para espectro maior de psicopatologias. Pressupõe um aumento da capacidade de autoconhecimento do paciente a fim de evitar situações de risco em que possa não apresentar estratégias de enfrentamento adequadas para suportar a dificuldade. O terapeuta também trabalha nas entrevistas no sentido de melhorar as estratégias de enfrentamento para situações estressoras (*copping skills*).

As estratégias que foram apresentadas anteriormente são utilizadas de forma prioritária conforme a classe diagnóstica do paciente, pois para cada psicopatologia tem-se objetivos mais ou menos compatíveis com cada uma destas estratégias. A seguir, pode-se visualizar as estratégias mais utilizadas para cada tipo de classe nosográfica:

- Transtornos de Humor: 1, 2 e 3;
- Transtornos de Ansiedade: 4, 2 e 3;
- Transtornos de Personalidade: 1, 2;
- Transtornos Alimentares: 2, 3, 1 e 4;
- Transtornos Psicóticos: sintomas negativos: 6; sintomas positivos: 2 e 5;
- Disfunsões Sexuais: 4, 3 e 1.

Em consonância com o procedimento relativamente estruturado das sessões iniciais, as sessões intermediárias e finais das TCCs apresentam uma seqüência de passos lógicos, que consiste em:

- *Checagem do humor* do paciente durante a semana.
- *Agenda da Sessão*, na qual são avaliados os assuntos que serão tratados naquele encontro. Tanto o paciente quanto o terapeuta definem tópicos. Um aspecto importante desse ponto da entrevista é o estímulo para que o paciente anote, durante a semana os assuntos que julgar relevantes para o tratamento, buscando a otimização do tempo da sessão. Diferentemente de outras modalidades terapêuticas, aqui o terapeuta é bastante diretivo, não permitindo uma definição de tópicos por associação livre ou por temática do dia.
- *Checagem da Tarefa de Casa*. Baseadas no princípio de que, nas TCCs, a psicoterapia ocorre nos 365 dias do ano, durante as 24 horas do dia, as tarefas de casa são muito importantes para o paciente absorver a tecnologia do tratamento e poder vir a se transformar em seu próprio terapeuta. Assim sendo, as tarefas de casa são cruciais e devem ser sempre verificadas a cada sessão. Muitas vezes, a não- realização de tais atividades pode indicar dificuldades do paciente ou mesmo resistências, as quais deverão ser trabalhadas na sessão.
- *Trabalho nos Tópicos da Sessão:* Conforme as técnicas contidas nas estratégias psicoterápicas adequadas para o caso.
- *Combinações da Tarefa de Casa da semana.*
- *Resumo da Sessão* pelo terapeuta, já descrito no âmbito das sessões iniciais.
- *Feedback* da sessão pelo paciente: nas TCCs, a relação de poder entre paciente e terapeuta é muito simétrica; portanto, torna-se muito importante que sejam checadas as decodificações que ambos fizeram do que foi tratado na sessão. Assim sendo, é nesse momento que serão comparadas as percepções que o paciente teve da sessão com as que o terapeuta teve. Caso ocorra um descompasso muito evidente entre ambos, a sessão não deve ser finalizada sem uma mínima harmonização.

Referências bibliográficas

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnos-tic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC, 1994.

BARLOW, D. *Manual clínico dos transtornos psicológicos*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1999.

BECK, A. T. Thinking and Depression: I. Idiosyncratic Content and Cognitive Distortions. *Archives of General Psychiatry*, v.9, p.36-46, 1963.

BECK, A. T. *Depression: clinical, experimental and theoretical aspects*. New York, Haper & Raw, 1967.

BECK, A. T. *Cognitive therapy and emocional disorders*. New York, Internacional Universitis, 1976.

BECK, A. T. Cognitive therapy, behavior therapy, psychoanalysis and pharmacotherapy: a cognitive continuum In: MAHONEY, A.; FREEMAN. A. *Cognition and Psychotherapy*. New York, Plenum, 1985.

BECK, A. T. *Terapia cognitiva da depressão*. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1981.

BECK, A. T. Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, v.1 p. 5-38, 1987.

BECK, A. T. *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York, Penguin Books, 1989.

BECK, A. T. & FREEMAN, A. *Terapia cognitiva dos transtornos de personalidade*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.

BECK, J.S. *Terapia Cognitiva – Teoria e Prática*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1997.

CAMINHA, R. M. & HABIGZANG, L. F. Avaliação Cognitivo-comportamental. In: CAMINHA, R. M.; WAINER, R.; OLIVEIRA, M. & PICCOLOTO, N. M. *Psicoterapias Cognitivo-comportamentais*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2003.

DOBSON, K. S. *Handbook of cognitive behavioral therapies*. New York, Guilford Press, 1988.

ELLIS, A. *Reason and emotion in psychotherapy.* New York, Lyle Stuart, 1962.

FREEMAN, A. Desenvolvimento das conceitualizações de tratamento na terapia cognitiva. In: FREEMAN, A. & DATTILIO, F. M. *Compreendendo a Terapia Cognitiva.* São Paulo, Editorial Psy, 1998.

KELLY, G. *The psychology of personal constructs*. New York, Norton & Co., 1955.

KNAPP, P. Princípios Fundamentais da Terapia Cognitiva. In: KNAPP, P. Terapia *Cognitivo-comportamental na Prática Psiquiátrica*. Porto Alegre, Artes Médicas, 2004.

MATHEWS, A. & MACLEOD, C. (1994). Cognitive approaches to emotion and emotional disorders. *Annual Reviews Psychology*, v. 45, p. 25-50, 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID 10.* Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.

WAINER, R.; MADEIRA, M. J. P. & PICCOLOTO, N. M. Psicoterapias cognitivas: Convergências e divergências entre as abordagens construtivista e do processamento da informação. *Alethéia*, v.10, p. 59-66, 1999.

WAINER, R. *Parâmetros cognitivos e afetivos de um modelo da depressão em adultos femininos.* Dissertação de mestrado, Faculdade de Psicologia, PUC-RS, Porto Alegre, 1997.

Parte 4

(Con)texto Humanista-Fenomenológico-Existencial

A Entrevista Humanista-Fenomenológico-Existencial

Janice Castilhos Vitola
Marta Regina Cemin

Abordar o tema em questão — a entrevista — implica esclarecer de forma breve a visão de homem e os fundamentos filosóficos norteadores do referencial humanista-fenomenológico-existencial, uma vez que estes irão permear todo o trabalho realizado por intermédio das entrevistas em psicoterapia, sendo de suma importância para compreender as atitudes do entrevistador e as intervenções por ele utilizadas.

O humanismo compreende a pessoa saudável como uma *gestalt* integrada: um ser único, voltado para a consciência, digno de confiança, auto-regulado e auto-apoiado num constante vir-a-ser integrado ao contexto. Na psicoterapia, seu propósito é o de facilitar a auto-realização, reconhecendo o poder do homem sobre si e usando como método abordagens compreensivas no lugar de abordagens explicativas ou interpretativas (MATSON, 1985; RIBEIRO, 1999).

Os alicerces filosóficos da abordagem encontram-se sedimentados nas perspectivas fenomenológica e existencial. A fenomenologia, sistematizada no início do século XX por Edmund Husserl, autor de grande influência na filosofia contemporânea, valida o estudo da experiência humana, por meio da observação dos dados trazidos pela consciência no "aqui e agora", consistindo num exame disciplinado da experiência subjetiva (SHULTZ & SHULTZ 2002; TRIVIÑOS,1987; CAPRA, 2003).

Já a filosofia existencialista concebe a pessoa como capaz de escolher seu destino. Para ela, o homem saudável é singular, livre e consciente. Na psicoterapia, sua influência se dá no sentido de resgatar a questão antropológica, situando a pessoa existencialmente no curso de sua história. Seu originador foi Kierkegaard. Martin Burber, Gabriel Marcel e Merleau-Ponty tiveram especial influência, dada sua visão positiva do homem; Sartre e Nietzsche, pensadores que escreveram no pós-guerra e que tinham uma visão menos otimista da existência humana, compareceram com menor peso.

As principais teorias psicológicas surgidas a partir da Psicologia Humanista, nas décadas de 1940 e 50, foram a Logoterapia (Victor Frankl), a Abordagem Centrada na Pessoa (Carl Rogers) e a Gestaltterapia (Fritz & Laura Perls). Em que pese cada uma dessas escolas possuir teorias próprias e especificidades quanto aos procedimentos psicoterápicos, todas elas estão alicerçadas nas bases filosóficas já referidas. Nosso propósito neste capítulo é enfocar a entrevista clínica a partir da Abordagem Centrada na Pessoa e da Gestalt-terapia.

A entrevista clínica na Abordagem Centrada na Pessoa

Carl Rogers foi, sem dúvida, uma das maiores expressões da Psicologia Humanista. Desenvolveu sua teoria sob a noção central da tendência à atualização, ou seja, a idéia de que as pessoas vão se mover no sentido da saúde, quando as condições para o crescimento são criadas e restauradas.

A Psicoterapia Centrada na Pessoa devolve ao homem o poder sobre si mesmo, recriando, por intermédio da relação terapeuta-cliente[6], as condições necessárias para a retomada do

[6] A Abordagem Centrada na Pessoa usa a terminologia cliente para referir-se a pessoa em psicoterapia, no lugar de usar paciente na forma tradicional baseada na relação médico-paciente (ROGERS,1987).

desenvolvimento e do fortalecimento da Tendência Atualizante, com abordagens compreensivas baseada no método fenomenológico. Este tipo de psicoterapia requer o desenvolvimento de algumas atitudes essenciais ao psicoterapeuta:

- *empatia:* é a capacidade de perceber o outro tal qual ele se percebe. Requer abertura à experiência, capacidade de sintonia e sensibilidade do psicoterapeuta, para ser permeável aos sinais enviados pelo cliente, deixando-se "entre parênteses".
- *aceitação positiva incondicional:* significa considerar, acolher, atentar para o fluxo da energia que há no cliente e em si mesmo sem julgar. Não é concordar com tudo que a pessoa faz, mas acolhê-la na sua experiência.
- *congruência:* é a capacidade de estar totalmente presente e ser autêntico, verdadeiro e honesto na relação. Para isso é importante que o psicoterapeuta perceba-se, sinta-se na relação e permita-se comunicar ao cliente seus sentimentos, quando pertinentes ao contexto.

A partir dessa visão, é indispensável que o psicoterapeuta tenha tais atitudes e saiba transmiti-las ao cliente, impregnando a estrutura e o conteúdo de suas respostas. O psicoterapeuta é uma caixa de ressonância e um amplificador da experiência do cliente. Percebe-o como um todo, não julga, não interroga, não tranqüiliza nem interpreta. Seu objetivo é acompanhar as descobertas do cliente na forma como ele as vai experienciando.

A intervenção característica da Terapia Centrada na Pessoa é conhecida como Resposta-Reflexo, consistindo esta em acentuar a comunicação manifesta pelo cliente. Este tipo de intervenção pode parecer simples, mas não é, pois exige do psicoterapeuta grande habilidade em acompanhar o cliente sem apressá-lo, ou, então, abandoná-lo. É um exercício de sintonia empática e presença permanente, com o objetivo de ampliar a consciência.

As respostas-reflexos podem ser:

- *Reiteração ou reflexo simples:* Refere-se apenas ao conteúdo da comunicação, devendo ser feita de forma breve, resumida e não necessariamente com as palavras da pessoa, desde que não se introduzam elementos novos ao campo. Este tipo de intervenção vai preparando o terreno para que o próprio cliente tome consciência cada vez maior de si. Segundo as palavras de Rogers:

> O reflexo simples se emprega principalmente quando a atividade do cliente é descritiva, isto é, quando carece de substância emocional ou quando o sentimento está a tal ponto inerente ao conteúdo material que o terapeuta demonstre uma atitude investigadora, analítica, contrária às suas intenções, se procurasse deduzir daí alguma significação implícita (ROGERS & KINGET, p. 64, 1977).

É por meio da reinteração que se estabelece no campo terapêutico um clima de segurança emocional, de forma que a pessoa se sinta compreendida e respeitada.

- *Reflexo de sentimento:* Procura apreender o que está implícito ao discurso, o que está por trás das palavras. O objetivo é a tomada de consciência dos sentimentos subjacentes na verbalização. "Enquanto o reflexo simples estabiliza a figura, o reflexo do sentimento a amplia" (LERNER, p. 79, 1974).
- *Elucidação:* Capta e cristaliza certos elementos que não estão fazendo parte do campo fenomenológico, ou seja, sentimentos e/ou atitudes que não foram explicitados pelo cliente, mas que estão impregnando o seu campo perceptual. É um tipo de resposta mais intelectualizada, que parte de uma dedução do terapeuta, sendo assim mais suscetível de conter elementos estranhos ao cliente e podendo não ser reconhecida por ele. Aconselha-se, ao formular tal intervenção, que esta seja acompanhada de expressões como "Deixe-me ver se compreendo...", "Fale-me se eu estiver enganado...", "Parece-me que o que tu estás me dizendo é...", pois estas asseguram ao cliente que o seu discurso será entendido sob o seu ponto de vista, e não sob o do terapeuta.
- *Impressão Integrativa:* É um tipo de resposta intuitiva, que reflete sentimentos e que visa integrar informações, fragmentos da experiência do cliente e devolvê-las a ele de forma que o ajude a organizar sua experiência num novo nível de consciência. Esta modalidade de resposta foi mencionada por Rogers mais tarde na sua teoria, no que ele denominou primeiramente de "empatia sensitiva" (ROGERS,1987); portanto, não está descrita no rol das intervenções publicadas nos seus primeiros trabalhos.

A entrevista clínica na abordagem da Gestalt-terapia

O termo Gestalt-terapia foi utilizado pela primeira vez por Perls, Ralph Hefferline e Paul Goodman em 1951, sendo estes considerados co-fundadores desta abordagem. É um tipo de abordagem que ensina aos pacientes o método de exploração fenomenológica pelo uso da *awareness*,[7] ou seja, o paciente usa seus sentidos para se tornar consciente (*aware*) do que está fazendo e de como pode transformar-se (YONTEF, 1998). Seus pressupostos filosóficos são, como na Abordagem Centrada na Pessoa, humanistas–fenomenológicas–existenciais. Como teorias de fundo, utiliza-se da Psicologia da Gestalt, a Teoria de Campo de Kurt Lewin e a Teoria Holística de Kurt Goldstein (RIBEIRO,1985). Destacando-se que a visão dos fenômenos

7 Termo *aware* é conservado para melhor precisão de sentido. *Aware*: ciente, sabedor, cônscio, conhecedor, inteirado (Collins Dictionary, p. 38, 1979).

como totalidade, princípio da Psicologia da Gestalt, surgida na Alemanha, no início do século XIX em oposição ao elementarismo é um dos alicerces para o pensamento ecológico sistêmico contemporâneo (CAPRA, 2003; ENGELMANN, 2002).

Os primeiros trabalhos de Perls revelaram uma abordagem, um tanto mais diretiva, digamos assim, uma vez que focada em experimentos, chamados freqüentemente de técnicas. Na atualidade, alguns Gestalt-terapeutas mantêm-se trabalhando com ênfase neste tipo de abordagem mais tecnicista, enquanto outros valorizam fortemente uma psicoterapia fenomenológica–existencial baseada na relação dialógica Eu–Tu (BUBER,1977) enfatizada por Laura Perls desde os primórdios da Gestalt-terapia (YONTEF, 1998). A partir deste olhar, toda a experiência na busca de consciência se dá por meio da relação paciente/psicoterapeuta aqui e agora, ou seja, não há a utilização de técnicas escolhidas *a priori*. Neste capítulo, a ênfase é posta neste tipo de entrevista: uma psicoterapia na qual a *awareness,* o encontro e o diálogo são a essência.

A entrevista dialógica

Os gestalt-terapeutas acreditam que o ser humano tem um impulso natural para saúde. Em Gestalt-terapia, o paciente apreende por meio de seus sentidos, experimentando-se na relação. É uma psicoterapia abrangente, integrativa e multidimensional, na qual o fundamental é o processo.

Todas as entrevistas – individuais, familiares ou grupais – são fenomenológico-existenciais, ou seja, possuem seu foco na análise da experiência imediata e buscam retomar o poder autoresponsável da pessoa sobre si mesma. A cada entrevista, o psicoterapeuta observa cuidadosamente o fenômeno no aqui e agora, como manifestação holística do cliente em um impulso

natural para integrar-se. Todo e qualquer sintoma deverá, assim, ser entendido no contexto: holisticamente. Tom de voz, cor da pele, postura corporal, incongruências verbais são essenciais na observação do psicoterapeuta, constituindo, assim, informações da totalidade/organismo do cliente, o próprio *self*[8] em contato, ou seja a psicoterapia ocorre na fronteira do contato paciente/psicoterapeuta; no diálogo verdadeiro.

O diálogo genuíno explorando o "entre" Eu–Tu é a base da psicoterapia na abordagem gestáltica. Cura, desta forma, é a restauração da totalidade pela relação pessoa-a-pessoa, e quaisquer propostas do psicoterapeuta devem partir do contexto dialógico, incluindo o campo total e suas conexões figura/fundo. Por exemplo, no caso de um processo saudável, a conexão figura/fundo ocorre da seguinte maneira: do fundo surgem figuras singulares a cada pessoa; estas figuras são *gestalten* abertas que, no contato, no entre, na relação, se fecham e retornam ao fundo integrando-se ao organismo. O encontro psicoterapeuta/paciente propõe-se restaurar o contato figura/fundo da pessoa consigo mesma e com o mundo. Portanto, as intervenções terapêuticas serão no sentido de facilitar/ampliar a consciência dos bloqueios ou interrupções no contato, *awareness* de si e do outro, por meio da vivência da própria relação psicoterápica.

O foco será direcionado ao processo dialógico singular "aqui e agora", incluindo o passado expresso "aqui" e exigindo respostas únicas para perguntas únicas, sempre tendo a perspectiva do todo/organismo. Não haverá, desta forma, regras rígidas. No entanto, é essencial a postura dialógica de respeito ao outro na sua totalidade e alteridade. A entrevista, o processo, a abordagem e o objetivo são dialógicos no seu enfoque global.

8 *Self:* Função do organismo em se perceber de forma harmônica, diferenciada e potencialmente intencional, chamada consciência (BUARQUE,1998).

O gestalt-terapeuta acompanha o paciente nas suas descobertas, em lugar de interpretar e modificar atitudes preexistentes. Ele próprio, paciente, vai dando a direção de suas mudanças reguladas organísmicamente e o psicoterapeuta acompanha, confirmando-o. O psicoterapeuta inteiro volta-se para o paciente, é presente no contato, suspendendo temporariamente seus preconceitos e pressupostos para de fato estar acompanhando a experiência do outro. É consciente de si no momento da entrevista, percebendo-se até mesmo nas limitações. Sua perspectiva é horizontal, na medida em que considera o paciente participante ativo em interação consciente na busca de consciência de si (*awareness*), sem com isso querer dizer que terapeuta e paciente estejam indefinidos em seus papéis. Quando entender necessário para o aumento da *awareness* do paciente, o gestalt-terapeuta, compartilha com este sua perspectiva, criteriosamente e com discriminação. Inclui-se e posiciona-se o tanto quanto possível na experiência do outro, sem analisar/interpretar e, ao mesmo tempo, resguarda o sentido de sua própria presença distinta. Nesse sentido, há clareza de fronteiras, e tanto um como outro têm responsabilidade sobre o processo.

Com o objetivo de criar condições para que o fluxo da consciência seja cada vez mais intenso poderá utilizar-se de perguntas fenomenológicas como, por exemplo: "Como você pensa que eu iria reagir?", "O que aconteceu quando você sorriu?", "O que deu certo para você sentir-se melhor?". Este tipo de intervenção – as perguntas – trazem gradualmente para o paciente/cliente clareza de seu campo fenomenológico, definindo, assim, a figura. Outro caminho possível na entrevista é facilitar a focalização do paciente na relação pessoa–pessoa, usando afirmações como estas: "estou como você", "me ajude a entender", "deixe a mente vagar", "permaneça com isso". A psicoterapia é construída por ambos, paciente/psicoterapeuta, como se exemplifica no seguinte diálogo:

P: (*Voz chorosa, reclamante)* Eu não sei o que fazer hoje.

T: (*Olha, mas não fala nada).*

P: Eu poderia falar sobre minha semana. (*Olha inquisidoramente para o psicoterapeuta).*

T: Estou me sentindo arrastado por você neste exato momento. Eu imagino que você quer que eu o conduza.

P: Sim. O que há de errado nisto?

T: Nada. Eu prefiro não direcioná-lo neste exato momento.

P: Por que não?

T: Você é capaz de dirigir-se...

Dito de outra forma, o gestalt-terapeuta "rastreia" (HYCNNER, 1997) o paciente, acompanhando todas as ressonâncias do vivido na relação, pois a experiência ocorre num fluxo contínuo, e os seus caminhos sempre são uma novidade. E nesse movimento de sintonia, aqui e agora, pode propor fantasias dirigidas, dramatização e exercícios com materiais gráficos. Neste sentido, a Gestalt-terapia difere da Abordagem Centrada na Pessoa, uma vez que esta opta por não utilizar experimentos, por entender que estes podem interferir demasiadamente no campo experiencial do paciente. Na Gestalt-terapia há uma postura ativa do psicoterapeuta no diálogo no campo fenomenológico do paciente.

O diálogo proposto neste tipo de psicoterapia, portanto, é vivido na idéia do organismo sem dicotomias e amplia-se na totalidade do possível a cada momento, sendo algo feito por ambos, paciente/psicoterapeuta, durante todo o processo. Trata-se de um contato com possibilidade de transformação, que tende a se ampliar até o infinito, pela possibilidade de a cada momento adquirir novas propriedades (RIBEIRO, 1999). Em outras palavras, a psicoterapia é função de contato, e a totalidade, a consciência e o contato são o tripé da mudança.

O uso das técnicas em Gestalt-terapia

A utilização de técnicas em Gestalt-terapia foi alvo de críticas, porém estas críticas se referiam ao seu uso sem critérios, ou seja, de forma indiscriminada que não considerava o contexto psicoterápico. Não há como pensar em técnicas sem pensar no "aqui e agora", aqui e agora da psicoterapia; seu campo fenomenológico. Caso contrário, o psicoterapeuta corre o risco de ser intrusivo e desconsiderar o fato de que todo experimento deve estar a serviço do paciente, facilitando sua livre expressão e a desobstrução do fluxo de energia bloqueadora da *awareness*.

O gestalt-terapeuta usa a si mesmo na situação psicoterápica para, na relação, perceber o momento propício para um experimento a partir de toda sua experiência de vida acumulada e integrada. As técnicas, portanto, são sempre um ato de criação, e o gestaltista pode dar asas a sua imaginação, dentro de uma postura holística contextualizada que integre corpo-mente, fantasia e realidade (RIBEIRO,1994).

Considerações finais

Tanto em Gestalt-terapia quanto na Abordagem Centrada na Pessoa, a entrevista não se resume ao âmbito da clínica. Sua aplicabilidade se expande a várias outras áreas, como, escolas, hospitais, instituições em geral, bem como a atividades específicas, como a entrevista de triagem e o psicodiagnóstico.

O trabalho com crianças requer, além das atitudes básicas e intervenções características, uma linguagem adequada à sua faixa etária, bem como a disponibilização de recursos lúdicos que facilitem a expressão infantil. Existe considerável bibliografia a respeito.

As psicoterapeutas Virgínia Axline (Abordagem Centrada na Pessoa) e Violet Oaklander (Gestalt-terapia) foram os maiores expoentes da ludoterapia nas suas abordagens. Discorreram sobre princípios e técnicas, que norteiam a psicoterapia infantil que não foram explanados neste capítulo; para estes, sugerimos consultar bibliografia específica.

Desenvolvemos neste capítulo o que consideramos essencial para qualquer entrevista neste referencial. Uma entrevista que privilegia o contato Eu-Tu, uma entrevista permeável a todos os estímulos do "aqui e agora", uma entrevista que privilegia o homem na sua saúde e na sua capacidade de se tornar cada vez mais complexo e dirigido por ele mesmo no processo psicoterápico. Um homem consciente, capaz de transformar-se, por meio da facilitação e fortalecimento de seus recursos próprios. E, como não poderia deixar de ser, um psicoterapeuta humano, que também se transforma a cada sessão.

Referências bibliográficas

BUARQUE, Sergio. Corpo e Organismo. *Revista do IV Encontro Goiano da Abordagem Gestáltica*, 4, 1998.

BUBER, Martin. *Eu e tu*. São Paulo: Cortez e Moraes, 1977.

CAPRA, Fritjof. *As conexões ocultas*. São Paulo: Cultrix, 2003.

ENGELMANN, Arno. *A psicologia da gestalt e a ciência empírica contemporânea*. Psicologia: Teoria e Pesquisa, na/abril 2002, vol.18, n.1, p. 1-16. ISSN 0102-3772.

GOBBI, Sérgio Leonardo & MISSEL, Sinara Tozzi Missel. *Abordagem centrada na pessoa*: vocabulário e noções básicas. Tubarão. Ed. Universitária UNISUL,1998.

HYCNER, Richard & JACOBS, Lynne. *Relação e cura em Geltalt-terapia.* São Paulo: Summus, 1997.

MATSON, Floyd W. Teoria Humanista: A terceira Revolução em Psicologia. In: GREENING, Thomas C. (org.). *Psicologia Existencial–Humanista.* Rio de Janeiro: Zahar, [s/d]. p.67-82.

ROGERS, Carl & KINGET, Marian. *Psicoterapia e & relações humanas*: teoria e prática da terapia não-diretiva. 2.ed. Belo Horizonte: Interlivros, 1977.

ROGERS, Carl. *Psicoterapia e consulta psicológica.* São Paulo: Martins Fontes, 1987.

RIBEIRO, Jorge Ponciano. *Gestalt-terapia*: o processo grupal: uma abordagem fenomenológica da teoria do campo e holística. São Paulo: Summus, 1994.

RIBEIRO, Jorge Ponciano. *Gestalt-terapia de curta duração.* São Paulo: Summus,1999.

SANTOS, Antonio Monteiro dos; ROGERS, Carl R.; BOWEN, Maria Constança Villas-Boas. *Quando fala o coração*: a essência da psicoterapia centrada na pessoa. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

SCHULTZ, Duane P. & SHULTZ, Sydney Ellen. *História da psicologia moderna.* São Paulo: Cultrix, 2002.

TRIVIÑOS, Augusto Nibaldo Silva. *Introdução à pesquisa em ciências sociais*: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

YONTEF, Gary. *Processo, diálogo e awareness*: ensaios em Gestalt-terapia. São Paulo: Summus, 1998.

Parte 5

(Con)texto Familiar Sistêmico

A Família em terapia

Nadir Helena Sanchotene de Souza

Compreensão da família como um sistema

O movimento da Terapia Familiar teve sua origem na década de 1950, num contexto crítico pós-guerra, carente de mudanças e de novas acomodações. A partir dessa crise, surgiram importantes movimentos sociais, como o anti-racista, o movimento feminista e o movimento ecológico (CORDIOLI, 1998).

A Terapia Familiar tem como premissa fundamental a concepção da família como um sistema, inserido em outros sistemas, influenciando e sendo influenciado. Seu conceito provém da Teoria Geral dos Sistemas, cujo desenvolvimento se deve ao biólogo alemão Ludwig Von Bertalanffy. Ele contribuiu significamente com suas publicações para as Ciências Sociais, mesmo sendo de outra área do conhecimento. Porém foram Gregory Bateson e Nathan Ackerman os pioneiros na concepção das famílias como sistemas. Além desses, muitos outros marcaram o modelo sistêmico, destacando-se entre outros Salvador Minuchin, Charles Fishman, Jay Haley, Carl Whitaker e Virginia Satir (PAPP, 1992; NICHOLS & SCHWARTZ, 1998).

Esses pioneiros da Terapia Familiar, respaldados em sua experiência clínica com crianças, esquizofrênicos e delinqüentes, passaram a questionar o modelo psicanalítico vigente e se aventuraram a incluir a família nos atendimentos a esses pacientes. Surgiu daí o novo paradigma que sustenta a idéia de que os dinamismos familiares estão associados à preservação da saúde e à instauração da patologia.

A Teoria está fundamentada no fato de que o homem não é um ser isolado, ele sobrevive em grupos. Considerado um membro ativo e reativo, sua experiência é determinada pela troca com o meio ambiente, o qual ele também influencia (MINUCHIN & FISHMAN, 1990 & MINUCHIN,1982). Esses conceitos não são novos; porém, ao fundamentarem técnicas psicoterápicas, constituiram-se numa nova abordagem.

Os conceitos-chave do pensamento sistêmico dizem respeito à totalidade, à organização e à padronização. Os eventos são examinados dentro do contexto no qual ocorrem, ou seja, na família, e a atenção do terapeuta é centrada nas conexões e nas relações entre os membros, mais do que nas características individuais. As idéias centrais dessa teoria são as de que o todo é considerado mais do que a soma das partes, na medida em que cada parte só pode ser entendida no contexto do todo, de tal forma que uma mudança em qualquer uma das partes, afeta todas as outras partes, e o todo se regula por intermédio de uma corrente de *feedback*.

A troca do indivíduo com o meio ambiente ocorre, primordialmente, na família, na qual se desenvolve um sentido de pertencimento e um sentido de individuação. O primeiro dá-se com a acomodação da criança ao grupo familiar dentro de uma determinada estrutura; o segundo, por sua vez, decorre da participação em diferentes contextos familiares e em grupos extrafamiliares. O aprendizado desses componentes acontece na família, considerada a matriz do desenvolvimento psicossocial de seus membros. Dentro dessa perspectiva, a família deve acomodar-se a uma sociedade e assegurar-se de sua continuidade (MINUCHIN, 1982).

A família, como unidade da sociedade, vive as mudanças pelas quais esta atravessa. Ela tem duas funções primordiais: uma de cunho interno, a proteção psicossocial de seus membros;

e a outra, de cunho externo, que revela a necessidade de acomodação a uma cultura e da transmissão dela para seus membros.

Como conseqüência do modelo sistêmico, várias escolas de Terapia Familiar desenvolveram-se. Nichols e Schwartz, 1998, citam as seguintes principais linhas de Terapia Familiar: Terapia Familiar Estrutrural, Terapia Famílar Psicanalítica, Terapia Familiar Experiencial, Terapia Familiar Comportamental, Terapia Familiar Boweniana, Terapia Familiar Estratégica e Modelos Emergentes dos anos 90. Apesar de algumas diferenças, todas essas escolas de Terapia Familiar têm o compromisso teórico de trabalhar com o processo de interação familiar.

A família desde a perspectiva estrutural

Neste capítulo não é possível aprofundar cada escola terapêutica. Assim sendo, serão descritos os fundamentos básicos da Terapia Familiar Estrutural, cujo maior expoente é Salvador Minuchin. Essa escola apresenta uma formulação teórica que serve como um mapa para analisar, diagnosticar e tratar as interações familiares. Seus conceitos básicos têm sido fundamentais no trabalho com famílias até hoje.

São três os componentes essenciais da Teoria Estrutural da Família: estrutura, subsistemas e fronteiras.

Dentro do sistema familiar, existe sempre uma estrutura, descrita por Minuchin (1982, p. 57) como "um conjunto invisível de exigências funcionais que organiza as maneiras pelas quais os membros da família interagem". Assim, a estrutura familiar é composta por um conjunto de regras que governam as transações da família. Quando essas transações são repetitivas, revelam padrões duradouros de interação, que, por sua vez, reforçam a unidade do sistema.

A estrutura familiar e seus padrões de funcionamento não são facilmente percebidos. Para entendê-los, é necessária a observação da família em interação (NICHOLS & SCHWARTZ, 1998).

As estruturas familiares são tidas como conservadoras, porém modificáveis pois devem ser capazes de se adaptar, quando as circunstâncias se modificam. A sobrevivência da família ao longo do seu ciclo vital como um sistema depende de uma gama extensa de padrões, que incluem os transacionais alternativos e a flexibilidade para acioná-los, quando necessário.

Dessa forma, o padrão de organização familiar não é estático nem sagrado. A família é uma unidade flexível, que se adapta gradativamente às influências sociais e econômicas, agindo sobre elas tanto de fora quanto de dentro.

Uma questão importante, enfatizada pelos autores que se baseiam na Perspectiva Estrutural, é que a família funcional não pode ser diferenciada da família disfuncional pela ausência de problemas, mas, sim, pela maneira como os administra. Nesse sentido, para analisar a família, o pesquisador, ou o terapeuta, deve ter um esquema conceitual do funcionamento familiar, esquema esse que revela três componentes: a estrutura da família é um sistema sociocultural aberto e em transformação; a família passa por estágios de desenvolvimento que requerem adaptação; a família adapta-se a circunstâncias, a fim de manter a própria continuidade e de favorecer o desenvolvimento psicossocial de cada membro (MINUCHIN, 1982).

Dentro dessa perspectiva, as famílias disfuncionais são aquelas presas a padrões ineficazes, mas que transmitem uma certa segurança por serem habituais. Essas famílias, geralmente, temem mudar e também não sabem como fazê-lo. O trabalho do clínico frente a uma família disfuncional é compreender seus padrões, redefini-los e explorar novos caminhos com eles.

A abordagem da Terapia Familiar Estrutural sustenta que a chave para mudar o indivíduo é mudar seu contexto, não importa o quão patológico um membro da família pareça ser. Se a estrutura familiar for melhorada, vai despertar uma maior competência nesse membro, que, por sua vez, vai contribuir para reforçar a mudança na família.

Na estrutura da família, há sempre algum tipo de hierarquia, com pais e filhos em diferentes graus de poder. Nela, também há reciprocidade e complementaridade de funções entre seus membros.

O sistema familiar global é composto por diferentes partes ou grupos, que são chamados de subsistemas. Cada indivíduo é um subsistema, e díades ou grupos maiores formam outros subsistemas, agrupados por diferentes critérios como: geração, gênero, interesse ou funções. Assim sendo, cada membro da família pertence a diferentes subsistemas, possuindo diferentes níveis de poder, em que aprendem diversas habilidades.

Entre os subsistemas, existem barreiras invisíveis, definidas nessa teoria como fronteiras (NICHOLS & SCHWARTZ, 1998). Elas servem para proteger a autonomia da família diante da sociedade e de seus subsistemas, sugerindo proximidade ou isolamento e hierarquia.

Os subsistemas que não são protegidos adequadamente por fronteiras tendem a restringir o desenvolvimento de suas habilidades, prejudicando o relacionamento de seus membros, por exemplo: quando os pais sempre interferem nos conflitos dos filhos, esses tendem a não resolvê-los sozinhos.

As famílias podem apresentar fronteiras rígidas, nítidas ou difusas. As fronteiras rígidas, por um lado, são restritivas, porque dificultam o acesso entre os subsistemas, resultando em isolamento e distanciamento. Por outro lado, as fronteiras difusas revelam intromissão, pouco distanciamento, dificultando a independência e a autonomia dos membros. As fronteiras

nítidas, por sua vez, demarcam a unidade dos subsistemas, sinalizando a diferenciação e, ao mesmo tempo, permitindo o contato e a troca entre os subsistemas (MINUCHIN, 1982, RÍOS-GONZÁLEZ, 1994 e NICHOLS & SCHWARTZ, 1998).

A avaliação dos subsistemas e do funcionamento das fronteiras e alianças propicia aos terapeutas familiares um diagnóstico, orientando, a partir daí, suas intervenções terapêuticas. Muitas vezes, os terapeutas de família funcionam como criadores de fronteiras entre os subsistemas, transformando as difusas em nítidas e flexibilizando aquelas inadequadamente rígidas.

São três os subsistemas descritos por Minuchin (1982) como componentes da estrutura familiar: o subsistema conjugal, o subsistema parental e o subsistema fraternal.

O subsistema conjugal é formado por marido e mulher, que, a partir de um vínculo afetivo, unem-se a fim de compartilhar interesses, metas, objetivos e aspirações. Esse subsistema, como os demais, tem tarefas e funções específicas. A complementaridade e a acomodação mútua são habilidades fundamentais para o subsistema conjugal e vital para o funcionamento da família.

A primeira tarefa do casal é a adaptação mútua, que requer realinhamento das relações com a família de origem, com grupos sociais e de trabalho. Outras questões cotidianas de vida prática também devem ser negociadas, ajustando expectativas e desejos de cada cônjuge, sendo, muitas vezes, essas questões menores do cotidiano as que mais provocam conflitos entre os casais (RÍOS-GONZÁLEZ 1994 e NICHOLS & SCHWARTZ 1998).

No processo de adaptação de um ao outro, o casal deve negociar as fronteiras entre si e com o mundo externo, principalmente com as famílias de origem. Os cônjuges, geralmente, provêm de famílias com diferentes estruturas, trazendo para o seu casamento expectativas do tipo de proximidade que existia

em suas famílias. Geralmente, as expectativas diferem, e os conflitos daí resultantes podem ser de difícil superação.

O subsistema conjugal deve funcionar como um refúgio para as exigências da vida e como uma matriz para relacionamentos com outros sistemas sociais, podendo favorecer a aprendizagem, a criatividade e o crescimento. Os cônjuges, no processo de acomodação mútua, podem valorizar aspectos criativos de seus parceiros que estavam latentes e, assim, apoiar e revelar as melhores características um do outro. Entretanto, os casais podem também estimular aspectos negativos mutuamente (MINUCHIN, 1982).

A complementaridade, por sua vez, diz respeito às características, às áreas de competência de cada cônjuge, que, na interação com o outro, formam um todo. Cada um deve estar na relação sem a sensação de que renunciou à sua individualidade. Ambos, marido e mulher devem conceder partes de si para formar a unidade conjugal.

O exagero de papéis complementares pode afetar o desenvolvimento e a interação conjugal. A complementaridade moderada permite a divisão de tarefas e de funções pelos cônjuges, além de sugerir apoio e enriquecimento individual. O desenvolvimento de padrões adequados de complementaridade permite que cada cônjuge se entregue ao vínculo conjugal sem perder sua individualidade (MINUCHIN, 1982).

Também, no que se refere à complementaridade, Satir (*apud* ANDOLFI, 1995) afirma que tanto homens como mulheres têm partes intuitivas e cognitivas. Para o melhor funcionamento do casal, essas partes devem ser desenvolvidas e integradas. O relacionamento conjugal sadio pressupõe que as duas pessoas se sintam com igual valor uma em relação à outra. Ríos-González (1998), por sua vez, refere-se à complementaridade recíproca como aquela em que os papéis diretivos e de submissão se intercalam com assiduidade e fluidez. Por outro lado, a

complementaridade rígida pressupõe papéis estanques, com um dos cônjuges na posição diretiva, e o outro, submetido.

O segundo subsistema que compõe a estrutura familiar é o parental, inaugurado com o nascimento do primeiro filho. Esse subsistema tem as tarefas de nutrir, guiar e controlar o filho, desse modo, exigindo do subsistema conjugal apoio mútuo. É também de fundamental importância uma certa flexibilidade, que permita à criança acesso a ambos os pais, mantendo, no entanto, o espaço conjugal preservado.

O estilo de parentalidade depende da idade dos filhos. Os bebês necessitam de cuidados, atenção e proteção (MICHAEL & SCHWARTZ, 1998). Os filhos em idade escolar requerem supervisão nas tarefas escolares, orientações, controle e envolvimento em diversas atividades (SOUZA, 2001). Os adolescentes precisam do estabelecimento de regras, de diálogo e do entendimento da necessidade gradativa de autonomia e de responsabilidade (MINUCHIN & FISHMAN, 1990; CARTER & MCGOLDRICK, 1995).

O grupo familiar necessita de liderança. É o subsistema parental que deve assumir a liderança, revelando autoridade e poder diferentes dos filhos. Essa liderança deve ser diferenciada, dependendo da idade dos filhos, e também democrática, podendo ser questionada ou assumida por uma ou outra figura parental, a fim de promover o crescimento emocional dos membros da família (FÉRES-CARNEIRO, 1992).

Complementando a estrutura básica da família, o subsistema fraternal, constituído por irmãos, pode ser considerado o primeiro laboratório social, em que as crianças aprendem a se relacionar com os iguais. Entre si, as crianças aprendem a negociar, a cooperar e a competir. Podem assumir diferentes posturas, ter prestígio, fazer amigos, aliados, ou se colocarem como bodes expiatórios. Os papéis experienciados pelos membros nesse subsistema e no sistema familiar mais amplo tendem a

ser significativamente marcantes e carregados ao longo da vida (MINUCHIN, 1982; MINUCHIN & FISHMAN, 1990).

A estrutura familiar, com seus subsistemas, opera dinamicamente e responde às exigências externas do sistema maior, a sociedade.

Desenvolvimento, mudança e saúde na família

A família é um sistema vivo, aberto, em contínuo processo de mudança. Ela está sujeita às demandas internas, que dizem respeito às mudanças evolutivas de seus membros e subsistemas, e à pressão externa, decorrente das exigências econômicas, sociais e culturais.

O desenvolvimento da família transcorre em etapas que denotam uma complexidade crescente. Há períodos de equilíbrio e de desequilíbrio, que ocorrem tanto no ciclo de vida individual como no ciclo de vida familiar (MINUCHIN & FISHMAN, 1990; CARTER & MCGOLDRICK, 1995). Os períodos de equilíbrio são caracterizados pelo domínio das tarefas e das atitudes. Os períodos de desequilíbrio, tanto individual como familiar, são mais estressantes, ansiogênicos e impulsionam para o avanço de um novo estágio mais complexo, com novas tarefas e habilidades.

O *stress* familiar é geralmente maior nos pontos de transição de um estágio do ciclo de vida para o outro. Há uma tendência de os sintomas aparecerem quando há uma interrupção do ciclo de vida familiar, por exemplo, no nascimento, no caso de doença debilitadora, na morte de um membro da família, em situação de desemprego, de mudança de residência, divórcio, dentre outros. As estratégias do terapeuta de família, nessas situações, são de auxílio aos membros da família na sua reorganização, a fim de prosseguirem no seu processo de desenvolvimento (CARTER & MCGOLDRICK, 1995).

Quando as famílias buscam a terapia, o objetivo é eliminar o sintoma, sem mudar o sistema. Partindo-se do princípio de que um sistema familiar busca a estabilidade a fim de manter o equilíbrio, e que, muitas vezes, esse equilíbrio inclui um sintoma que impede a família de seguir o seu processo de desenvolvimento, cabe ao terapeuta conectar o sintoma ao sistema e mostrar à família que eles estão interligados e que um não pode mudar sem mudar o outro. Desta feita, o terapeuta familiar coloca a família diante do dilema da mudança.

Wagner e Féres-Carneiro (1998) afirmam que a família constitui o ambiente social mais íntimo, o que faz com que seja a fonte principal de *stress* quando as coisas não vão bem. Porém, se existe um bom funcionamento familiar, esse se converte no principal núcleo de apoio social.

O ciclo de vida familiar, segundo Carter e McGoldrick (1995), inclui todo o sistema emocional de pelo menos três ou quatro gerações. Embora as famílias vivam em uma determinada estrutura doméstica, delimitadas pelo aqui e agora, elas são subsistemas emocionais, que carregam relacionamentos passados e que exercem influências importantes no funcionamento global do sistema. O ciclo de vida familiar é por ela definido em fases, que se iniciam com a saída de casa do jovem solteiro, passando pelo casamento, pela família com filhos pequenos, pela família com filhos adolescentes, lançando os filhos e seguindo em frente, terminando com o estágio tardio de vida da família.

Complementando esses postulados, Groisman (2000, p.19) refere que a família carrega o passado com o presente. Afirma que, querendo ou não, somos "atravessados por uma cruz", em que a parte vertical representa o que vivemos e compartilhamos, o que foi transmitido por nossos pais, avós, bisavós, que corresponde aos tabus, aos mitos, aos segredos, às lealdades, aos valores e às crenças de nossa família de origem. A parte horizontal refere-se à história atual que estamos construindo,

que inclui nossa família atual, as relações amorosas, sociais e profissionais. O autor enfatiza que as relações estabelecidas com a família de origem são as mais importantes da vida, constituindo-se como uma base do comportamento futuro.

O desenvolvimento sadio da família depende, iminentemente, do cumprimento de suas funções essenciais, as quais dizem respeito à reciprocidade de relações entre os papéis familiares e à busca de caminhos para a solução de conflitos. Os níveis de adaptação familiar dependem dos graus de êxito ou de fracassos das funções familiares. O maior ou o menor grau de adaptação familiar resulta do modo como seus membros enfrentam os problemas, delimitando-os e encontrando, ou não, uma solução adequada para eles (ACKERMAN, 1986).

Cabe ressaltar que, em todas as famílias, há a predisposição tanto para a saúde emocional como para a enfermidade. O que faz com que uma dessas tendências se sobreponha à outra é a maneira como se processa a interação entre os seus membros.

A terapia

A busca do atendimento psicoterápico pode ocorrer a partir de um encaminhamento da escola, ou de algum profissional da saúde. Outras vezes se dá por intermédio de um membro da família que pede ajuda para si ou que está sensibilizado pelo problema de um familiar, como, por exemplo: filho ou cônjuge.

Nesse primeiro contato, geralmente telefônico, o terapeuta deve buscar algumas informações sobre o motivo da procura. Com as informações obtidas, o terapeuta avalia quem deve chamar para a primeira consulta, se toda a família ou algum subsistema, propondo isso para o solicitador.

Na primeira entrevista diante do paciente identificado e a sua família, inicia-se o diagnóstico que, inegavelmente, é um processo dinâmico e longitudinal. A análise de

alguns aspectos é fundamental para o diagnóstico, segundo Falceto, *apud* Cordioli, (1998), tais como nível sociocultural; característica étnica; estágio do ciclo vital em que a família se encontra, sua adequação, ou não, a esse; mapeamento da estrutura familiar, incluindo a avaliação dos subsistemas, das fronteiras e alianças; estilo de funcionamento familiar e análise do papel e da relevância do sintoma para a família.

Nas sessões, o terapeuta deve procurar estabelecer um clima de empatia e confiança que possibilite a manifestação da expressão emocional da família.

Na observação da família em interação, o terapeuta recebe uma infinidade de dados de seu funcionamento, das fronteiras a serem transformadas em nítidas, das alianças que devem ser reforçadas, das coalizões que devem ser atenuadas, da complementaridade que deve ser trabalhada, etc. Esses e outros dados devem ser selecionados e organizados de tal forma que configurem um esquema no qual o terapeuta deverá basear sua intervenção.

Nos encontros de família, é importante que o sintoma apresentado por um dos seus membros seja redefinido pelo terapeuta e devolvido para a família como afetando a todos. A mobilização do grupo familiar na busca de saídas satisfatórias para o problema depende do entendimento sistêmico desses, ou seja, da interligação entre o sintoma e o sistema familiar.

O foco do trabalho é possibilitar a atual expressão emocional da família. Porém, freqüentemente, os conteúdos trazidos no presente estão vinculados a experiências passadas, como: perdas, rupturas ou mitos familiares, que, muitas vezes, apresentam-se como impeditivas do desenvolvimento da família. Esses conteúdos devem ser trabalhados para libertarem a família do aprisionamento em alguma etapa anterior do seu desenvolvimento.

O Terapeuta de Família deve ser flexível e ativo e pode utilizar-se de várias técnicas a fim de promover a saúde da família. Ele pode priorizar o trabalho com os subsistemas como, por exemplo: auxiliar o subsistema conjugal a restringir a interferência das famílias de origem ou trabalhar com o subsistema parental para fortalecê-lo ou com o subsistema fraternal a fim de propiciar sua maior integração.

Várias técnicas podem ser utilizadas para o enfrentamento das dificuldades a serem trabalhadas, tais como dramatizações, esculturas, focalização e intensidade. Freqüentemente, são prescritas tarefas e/ou rituais para algum membro ou para toda a família. Outras técnicas mais diretivas também são utilizadas na Terapia Familiar, como orientações, apoio e recursos comportamentais.

O encaminhamento para especialistas, quando necessário, e o contato com escolas e outras instituições possibilitam a expansão da rede de promoção da saúde da família.

Quando houver necessidade e condições da família, o terapeuta pode solicitar a inclusão, no processo, de um co-terapeuta, que auxiliará no entendimento da família e nas estratégias de tratamento.

As consultas geralmente ocorrem uma vez por semana, mas podem sofrer intervalos quinzenais ou mensais, dependendo do foco e das estratégias eleitas. Algumas vezes, a prescrição feita pelo terapeuta à família demanda mais esforços, como no caso da importância de um ritual no cemitério, ou da reunião com a família extensa, ou a busca de informações em alguma outra cidade. Nessas circunstâncias devem ser dadas condições e tempo para a família cumpri-la. As consultas geralmente têm duração aproximada de uma hora, e o tempo do tratamento depende do grau de disfuncionalidade da família.

Não é raro que um terapeuta sistêmico atenda também individualmente. Porém seu referencial teórico e prático permite que, quando necessário, inclua a família ou algum subsistema, para auxiliar no tratamento do indivíduo em questão.

Referências bibliográficas

ACKERMAN, Nathan. *Diagnóstico e Tratamento das Relações Familiares.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

ANDOLFI, Maurizio; ANGELO; Claudio & SACCU; Carmine. *O Casal em Crise.* São Paulo: Summus, 1995. p. 59-60.

CARTER, Betty & McGOLDRICK, Monica (Org.). *As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar: uma estrutura para a terapia familiar.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

CORDIOLI, Aristides Volpato. *Psicoterapias: abordagens atuais.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. p.171-197.

FÉRES-CARNEIRO, Terezinha. Família e Saúde Mental. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Porto Alegre, v. 8, p. 485-493, 1992.

GROISMAN, Moisés. *Família é Deus.* Rio de Janeiro: Eldorado, 2000. p. 19; 33.

MINUCHIN, Salvador. *Famílias: funcionamento e tratamento.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

MINUCHIN, Salvador; FISHMAN, C. *Técnicas de Terapia Familiar.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1990. p.27-36.

NICHOLS, M. P. & SCHWARTZ, R. C. *Terapia Familiar: conceitos e métodos.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

PAPP, Peggy. *O Processo de Mudança.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p.22-23.

RÍOS GONZÁLEZ, José A. *Manual de Orientácion y Terapia Familiar.* Madrid: Fundación Instituto de Ciencias del Hombre, 1994.

RÍOS GONZÁLEZ, José A. *El Malestar en la Familia.* Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces, 1998. p. 117-118, 121, 137.

SOUZA, Nadir Helena Sanchotene de. *A estrutura e funcionamento de famílias com casais de dupla carreira e filhos em idade escolar.* 2001. 252 f. Dissertação. (Mestrado em Psicologia Clínica) Faculdade de Psicologia, PUCRS, Porto Alegre

WAGNER, Adriana & FÉRES-CARNEIRO, Terezinha. La Familia en Brasil: estructura y aspectos peculiares de familias de nivel medio. *Cuadernos de Terapia Familiar*, Madri, v. 2, n. 38, p.107-114, 1998.

A CIRCULARIDADE SISTÊMICA NA ESCUTA CLÍNICA

TEREZINHA RECH

A família sob a ótica sistêmica

A circularidade da escuta é um método clínico, fundamentado na epistemologia cibernética e na Teoria Geral dos Sistemas. Os pressupostos teóricos, que embasam a abordagem da terapia familiar, estão ancorados pelos conceitos-chave, expressos sobre três pilares: "a totalidade, a organização e a padronização" (PAPP, 1992, p. 22). Os acontecimentos são entendidos dentro do contexto no qual ocorrem, focalizando as conexões vinculares mais do que as características individualizadas dos componentes de um sistema familiar. O todo, a família, é maior do que a soma das partes, isto é, cada elemento só pode ser entendido no contexto do grupo. A família é mais do que o conjunto de seus membros, em função das interconexões. Por esse prisma, o conceito de padronização e organização são percebidos como movimentos circulares e não lineares.

Uma alteração numa das partes atinge o todo e vice-versa, proporcionado pelo movimento dos circuitos íntegros, responsáveis pelo trânsito de *feedback,* com a finalidade de equilibrar o sistema por meio das partes conectadas (BATESON, 1977). O sistema mental sugere ser um modelo útil para estudar a família, a sociedade e os ecossistemas. Nessa perspectiva, a família, imbricada em seus processos e atividades mentais conscientes e/ou inconscientes, interatua indo e vindo com retorno à origem (BEBCHUK, 1991, TOMM, 1985). Por isso, o entrevistador, que pode ser tanto um pesquisador como um

terapeuta familiar, acompanha esse movimento circular, mantendo inseparáveis a indagação, o foco clínico e a conexão interativa que, possuído de reflexividade confere o sentido à tarefa de co-construtor com o sistema familiar (VARELA, 2000).

A relação faz do "eu" um "nós" e a ação interativa com a família não é uma verdade evidente, necessita ser experienciada empiricamente. Os acontecimentos nada são em si mesmos, mas adquirem significados de acordo com a sua natureza por dependência mútua, na visão de Nagarjuna, *apud* Capra (1983).

A família é um tipo especial de sistema que se insere na ordem das relações interpessoais mais primitivas e mais consistentes, nas dimensões do tempo psicológico de cada um, no tempo social, histórico e contextual (MARQUES, 1999). Ela é delimitada por uma estrutura, com padrões e propriedades que proporcionam as bases tanto para a estabilidade quanto para as mudanças.

Como uma pequena sociedade humana, seus membros possuem vínculos diretos, laços emocionais e uma história compartilhada. É um sistema vivo, aberto, assim como são os orgânicos, que por sua natureza nutrem-se da matéria, da informação e da energia, mantendo transações decisivas com o meio. Realiza trocas pelo movimento de entrada e saída, decomposição e construção/reconstrução. Esse grupo em sua dimensão psicossocial forma um sistema cujos elementos, as pessoas, possuem atitudes, valores, crenças, sentimentos, normas e se comunicam principalmente pela linguagem, auto-organizando-se e interagindo uns com os outros (LÓPEZ, 2000).

Compreender a família sistemicamente é entender a complexidade das relações que dela emergem (WAGNER & SARRIERA, 1999), bem como suas conexões, relações, significados, movimentos circulares, interdependência, padrões repetitivos, presença de partes atuantes ou subsistemas e o aspecto da transgeracionalidade.

Patrícia Minuchin, Colapinto e Minuchin (1999) entendem por padrões de interação os reincidentes que refletem as filiações, tensões e hierarquias, contendo significados tanto para o comportamento quanto para os relacionamentos. Esses pressupostos fundamentais balizam o entendimento não só da família como também dos sistemas sociais amplos e ecossistêmicos.

Na família, além de existir múltiplos padrões de aliança e de proximidade para que seus membros desfrutem juntos do prazer e do lazer, há também alianças pela oposição, denominadas de coalizão ou união para um determinado fim. E esta pode ser transitória e benigna, se usada para a construção do grupo ou tornar-se malévola quando causa mal-estar, incidindo em aspectos auto e heterodestrutivos.

No entanto, a organização hierárquica do poder é a instância que define a forma de tomar decisões e de controlar o comportamento do grupo familiar. Subliminarmente nos padrões de autoridade, estão latentes os opostos: harmonia *versus* conflito. Quando estes estão organizados, com clareza e flexibilidade são expressos por regras implícitas e explícitas e tendem a harmonizar a convivência, possibilitar o crescimento e autonomia dos membros, orientando o que é permitido, ou não, falar ou fazer. Nas famílias com padrões disfuncionais, as regras tendem a ser rígidas e as mensagens obscuras, sendo freqüentes os conflitos familiares.

A estrutura familiar é um termo usado (MINUCHIN, 1974) para designar a rede de exigências no direcionamento da organização interativa, das atribuições de papéis implícitos e explícitos que funcionam conforme os padrões transacionais de geração em geração. Estão presentes nas transações familiares três dimensões estruturais: a noção de fronteiras, os alinhamentos e o poder. Ela tem a propriedade de flexibilização, o que possibilita a busca de padrões transacionais alternativos, diante da

demanda de mudanças internas, externas e circunstanciais. O objetivo é manter e assegurar a continuidade de seus parâmetros.

Os padrões transacionais operam de forma repetitiva e se sustentam por dois sistemas de repressão (MINUCHIN, 1990): um é genérico, contendo as normas universais que estabelecem a hierarquia de poder e outro é idiossincrásico, formado pelos contratos secretos, implícitos e originais, que nunca foram verbalizados, dando origem às lealdades. Estas são provenientes da rede invisível dos relacionamentos, podendo ser explicitadas pelas reivindicações, acusações, manobras e outras.

Após fundamentar brevemente a família sob a ótica sistêmica, faz-se necessário o embasamento da circularidade, usando-a como instrumento no atendimento familiar.

A circularidade da escuta: um método clínico

A complexidade das interações familiares, quer as funcionais e/ou as disfuncionais, transversam-se e se tornam operantes, tanto de forma latente quanto explícita no encontro com a família no *setting* terapêutico. O olhar cibernético percebe o sistema familiar homeostático que se auto-regula e se retroalimenta a fim de manter seu equilíbrio.

Diante de tal fenômeno as leituras demonstram um leque de diferentes maneiras de ouvir, interagir e atender o sistema familiar. Cada terapeuta se torna um *expert* das relações interpessoais embasado na teoria, na prática e na experiência armazenadas no *self,* como auto-referência (RECH, 2000). Esta taticidade possibilita a distinção entre o sujeito e o objeto no foco de observação, avaliação e intervenção da realidade. *A priori* essa experiência provém da prática e não do academicismo. Papp (1992) mostra como alguns pensadores sistêmicos trabalham com as famílias ao focar a escuta clínica

em diferentes ângulos, considerando válidas as diferentes formas de percepção.

Boszormenyi-Nagy (1973) evidencia as questões de lealdades transgeracionais, Minuchin (1974) observa a organização hierárquica e as fronteiras, Bowen (1979) aponta o conceito de triangulação que é a menor configuração emocional envolvendo três pessoas e graus de diferenciação dos membros de um sistema familiar, Haley (1979) e Madanes (1983) percebem o sistema, concentrando-se na estrutura de poder, visando a mudanças e Selvini-Palazzoli (1986) centra sua ação em paradoxos sistêmicos, que é uma forma de comunicação cuja afirmação é contraditória ao senso comum. E os evolutivos dentro dessa ótica trabalham o sistema familiar, observando as etapas previsíveis e imprevisíveis de organização e desenvolvimento por meio do processo de mudança descontínua do ciclo vital.

Os profissionais desta área observam o foco, no atendimento à família que mais se identificam, significando que o sistema familiar pode ser visualizado por um prisma e, em torno dele, realizar inúmeras conexões, comparando-as a um caleidoscópio.

O conceito de circularidade significa que um evento ou parte de um comportamento não causa outro, porém está conectado de forma circular a muitos outros, com tendência a constantes repetições.

Na escuta clínica é possível perceber o movimento de comunicação da família como circuitos interativos, num contexto além do microssistema. Abarca o território relacional e o das diferenças. Esta última não é materializada e se constitui numa dimensão invisível, porém perceptível na forma como a família age e reage por intermédio da comunicação. Ela é percebida, pela ótica de cada um dos membros, estando conectada ao passado, presente e futuro.

O terapeuta capta a mensagem, a comunicação, a informação e o relato. Dessa forma observam-se as informações em torno do objetivo da demanda, construindo uma realidade de interação com a família. Cabe a ele a tarefa de integrar os aspectos inseparáveis de perguntar, focalizar e identificar a rede vincular dos participantes, usando a circularidade no foco, abstraindo-se da linearidade (causa – efeito).

Entretanto, há limitações na aplicação da entrevista circular (BEBCHUCK, 1991) como o uso de explicações com terminologia científicas. Estas, quando ocorrem, se tornam vazias, superficializando o foco das relações, pois a linguagem natural se baseia numa causalidade linear. O terapeuta precisa manter-se atento ao expressar-se de forma circular, identificando as condutas como imanentes das relações e do contexto e não como inerentes ao indivíduo.

Outro aspecto a considerar é a auto-referência tanto do profissional quanto da família, analisando e confeccionando a interação sem deixar-se enredar pela trama vincular estabelecida pelo sistema. Assim, evita-se o perigo de guiar-se pelas hipóteses de controle numa perspectiva unidirecional e linear. É importante ressaltar que as pontuações problemáticas inadequadamente assinaladas como verdades inquestionáveis dificultam o entendimento dinâmico da conduta sintomática de um membro da família.

O mais importante é o compromisso afetivo, o vínculo e o elo que pode adoecer entre as pessoas e não tanto os porquês e os comos. Adentrar-se no significado é um caminho por excelência para melhor compreender a demanda familiar. Outra questão limitante consiste no risco de focalizar pouco a circularidade, excluindo-se dela, ao examinar o contexto em que interatua, usando uma epistemologia linear que identifica a conduta de um membro como causa de outro.

Valoriza-se a postura de tomar as queixas que mobilizam a família a buscar tratamento psicológico e torneá-las, aprofundando-as amplamente, até formar uma representação mais completa dos relatos verbalizados por meio de cada membro. Isso proporciona identificar e entender os significados, pelos significantes.

Exercitar a escuta circular como método clínico é fruto de um longo aprendizado principalmente para o profissional proveniente de uma epistemologia linear. É uma mudança de paradigma, exigindo uma transição do pensamento linear para o circular.

O próprio sistema especifica quem pode falar, que opiniões pode expressar e quem está delegado ao silêncio. As intervenções circulares no atendimento respeitam o ritmo do sistema, sua autonomia e sua forma de construir auto-organizadamente.

Essa modalidade de escuta alicerça o profissional na construção de novas possibilidades, na busca de soluções desafiadoras com a família, que resultam em crescimento para ambas as partes. A inteireza do *self* psíquico designa o que define o terapeuta na sua individualidade como representação de si mesmo com auto-referência, diferenciando-se dos demais membros do sistema familiar (DORON & PAROT, 1998).

O pensamento sistêmico orientado pela terceira cibernética apropria-se de uma metodologia circular capaz de integrar ação e pensamento, o saber e o saber fazer, a arte e a ciência. Internamente, o terapeuta faz uso de um duplo movimento, o de entrada e saída do sistema familiar, ocorrendo a co-construção terapêutica ao processar sua escuta clínica. Rech (2000) afirma que o melhor recurso do terapeuta é ele mesmo como um timoneiro eficiente e eficaz em manter fluente a comunicação circular entre ambas as partes durante todo o processo da intervenção. Neste contexto em que o vínculo se estabelece, a

vida se reporta tal qual, cheia de pulsões de vida e morte com diferentes matizes.

É imprescindível manter a vigilância sobre o mundo de valores e de preconceitos que possam interferir no processo terapêutico. É condição primária conectar-se com os próprios sentimentos, impulsos e associações para penetrar na armadura das teorias, das técnicas e da *praxis*. Esses são usados como recursos de proteção nas diversas circunstâncias e possíveis intercorrências. Em todas elas, segue-se a ética como bússola, respeitando as famílias em seus contextos.

Três dimensões distintas balizam a escuta sistêmica: os pressupostos teóricos, a construção relacional e o desconhecido emergencial. Em situações adversas é imprescindível que o profissional seja continente ao deparar-se com o baú familiar do qual emergem os segredos herdados, os mandatos, as triangulações e as lealdades mal resolvidas. Tais conteúdos podem advir de gerações passadas, tornando-se operantes por meio de vivências de traições, perdas, vinganças, mortes e outras.

Na escuta clínica integram-se perguntas abertas e semifechadas, circunspectando a demanda pelo diálogo com o objetivo de construir círculos intersubjetivos com os participantes (ANDERSON & GOOLISHIAN, 1988). O conhecimento é construído no espaço relacional entre as pessoas num reino comum. Esse campo por vezes se aproxima a uma arena na qual são explicitados os conflitos e as contradições: a palavra individual de cada membro, a interação entre a família e a intermediação do terapeuta.

Há muitas modalidades de realizar a entrevista. Pode ser com:

- toda a família (que habita sob o mesmo teto);
- só com o subsistema conjugal;
- o subsistema parental integrando filho (os);
- o subsistema fraternal;

- parte de um subsistema em conjunto com outro;
- membros da família abrangendo três gerações, integrando eventualmente alguma pessoa significativa da comunidade.

Conforme se detecta o emergente familiar, sugerem-se novos agrupamentos, podendo alternar com alguns membros na sala de atendimento e solicitar a outras que aguardem na sala de espera.

Organizam-se durante o encontro diferentes arranjos com os membros da família em momentos diferenciados, conforme a gênese do problema. Tomemos como exemplo a família B: a mãe procurou o atendimento e não aceitou inicialmente vir com outros membros da família, porque o objetivo explícito era revelar um segredo para o seu filho.

No entanto a escuta circular como modelo clínico está sempre presente, pois o que faz com que o atendimento seja sistêmico não é o número de pessoas presentes, mas o enfoque dado pelo terapeuta.

Este funciona como um anfitrião e, após os cumprimentos e apresentações mútuas, a escuta inicia pelas queixas, focalizando os motivos da busca do recurso especializado. Ouve-se todos os membros, cada um por sua vez. Indaga-se a forma como cada um da família localiza o problema, o grau de comprometimento e os movimentos na busca de soluções da problemática, permanecendo com o profissional a dinâmica do processo no aprofundamento do foco.

O *feedback* ou a retroalimentação que a família fornece no fim de cada escuta clínica possibilita a co-construção do processo terapêutico e o planejamento para os próximos encontros. Há diferentes formas verbais e não-verbais, por atitudes provindas das interações do sistema familiar em que as crianças demonstram pelo simbolismo desenhado e/ou pelo brinquedo na sessão a dor insuportável que aflige o grupo. A família

quer livrar-se do sofrimento, mas não sabe o caminho e a tarefa de cicerone que se atribui ao terapeuta.

A palavra é guia e símbolo de comunicação interativa. Ela também é corpo que expressa uma intenção. Além de ser um automatismo a serviço do pensamento, é o próprio instrumento de atualização, escondendo um significado que pode ser alcançado pela escuta circular. Por exemplo, ao atender um casal, o terapeuta com uma simples intervenção, solicitando que eles relatem com detalhes, cada um por sua vez, como se conheceram e como foi o seu primeiro encontro, oportuniza identificar algumas razões conscientes e inconscientes do contrato secreto da relação conjugal.

A entrevista familiar, primordialmente as primeiras, consiste em lidar com situações complexas e ansiogênicas, pela natureza da tarefa. Por um lado, exige do profissional um grande esforço interpretativo e, por outro lado, de seus integrantes um esforço para estabelecer a comunicação. Ambas as partes mantêm-se sob o efeito de uma forte carga emocional, um estresse situacional, dificultando o seguimento de um padrão predeterminado.

A relação intersubjetiva é construída durante a escuta circular, contemplando o afetivo, o existencial, o cotidiano, as experiências e a linguagem do senso comum. O terapeuta pode, por exemplo, solicitar que cada membro relate a experiência mais significativa vivenciada no seio da família. Essa intervenção possibilita assinalar as diferenças individuais e as percepções singulares de cada membro do grupo, uma vez que cada um vivencia os eventos de forma única no seu contexto. A família, ao relatar experiências, evoca novos *insights* sobre situações traumáticas que eram percebidas de forma unilateral, passando a uma percepção circular sobre os mesmos fatos. Isso favorece mudanças relacionais e estruturais entre os membros da geração atual e, também, em nível transgeracional.

É por meio desse método que se entendem as condições estruturais da família, suas fronteiras, sua cultura, seu sistema de valores, suas crenças, suas regras explícitas e implícitas, enfim, a dinâmica de seu funcionamento..

Também em relação à escolha do *setting* da escuta clínica, há diferentes posicionamentos. Stierlin *et al.* (1981) apontam a heterogeneidade, afirmando que há profissionais que realizam as entrevistas em domicílio, no local de trabalho ou na escola. Entretanto, observa-se na prática, que a maioria dos profissionais da área opta pelo seu local de trabalho, o consultório. Independentemente do local, considera-se que é imprescindível assumir uma postura ética-teórico-prática, acima de tudo.

A eficácia de um atendimento principia pela negociação de um problema capaz de ser solucionado pela descoberta da situação sociofamiliar que se propõe à mudança. Cabe ao terapeuta estar atento à demanda que se apresenta, em relação a encaminhamentos de diferentes âmbitos e a alguns membros do grupo, de acordo com a natureza da problemática explicitada. Ex: avaliação neurológica, psicopedagógica, psiquiátrica, oftalmológica, fonoaudiológica e outras.

No primeiro encontro seguem-se quatro objetivos primários: integrar-se ao estilo do sistema familiar, utilizando a mesma linguagem; estabelecer a confiança e manter a liderança; focalizar o problema e obter informações e negociar pontos básicos funcionais de ordem prática para o andamento do tratamento.

Outro aspecto desse método consiste na passagem do indivíduo ao sistema; dos conteúdos aos processos; da interpretação para a prescrição; da busca não só das origens, mas também da compreensão das condutas; da análise dos sintomas para análise das mensagens implícitas; da indagação casual para a circular a fim de reestruturar os modelos de interação, que se apresentam disfuncionais e, quando necessário, os transgeracionais.

Dentro dessa perspectiva, utilizam-se os critérios práticos de como os membros da família sustentam as triangulações, as alianças, a comunicação verbal e não-verbal, o monopólio da palavra, a distribuição ou concentração da forma de liderança.

Essas foram algumas das idéias apresentadas em torno da aplicação da escuta clínica como método, sem pretensão de esgotá-las. Certamente há muitas outras modalidades de exercitar a circularidade sistêmica no *setting* terapêutico, exigindo mais pesquisas com profundidade acerca da temática.

Referências bibliográficas

ANDERSON, Harlene & GOOLISCHIAN, Harry. Human systems as linguistic systems. *Family process*. 27: 371-395, 1988.

BATESON, Gregory. *Interacción familiar*. Buenos Aires: Buenos Aires, 1977.

BEBCHUK, José. *Circularidad: concepto teórico e instrumento clínico. Sistemas Familiares*. Buenos Aires: ASIBA (Associación Sistêmica de Buenos Aires), diciembre, 1991.

BOSZORMENYI-NAGY, I. *Invisible loyalties*. New York: Harper & Row, 1973.

BOWEN, M. *De la família al individuo*. Buenos Aires: Paidós, 1979.

CAPRA, Fritjof. *O Tao da Física: um paralelo entre a física moderna e o misticismo oriental*. São Paulo: Cultrix, 1983.

DORON, R. & PAROT, F.. *Dicionário de Psicologia*. São Paulo: Ática, 1998.

HALEY, J. *Psicoterapia familiar*. Belo Horizonte: Interlivros, 1979.

LÓPEZ, Maria del Pilar González. *El grupo*. Facultat de Psicologia: Universitat de Barcelona, 2000.

MADANES, C. *Terapia familiar estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu, 1983.

MARQUES, Juracy. Prefácio. *Inter-relações: temas em processos de grupo*. Pós-Graduação em Psicologia. Porto Alegre: PUCRS, 1999.

MINUCHIN, P., COLAPINTO & J. E MINUCHIN, S. *Trabalhando com famílias pobres*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

MINUCHIN, S. *Families and family therapy*. Cambridge: Harvard Univ. Press, 1974.

_____. *Técnicas de Terapia Familiar*. Barcelona: Editora Paidós, 1990.

PAPP, Peggy. *O processo de mudança: uma abordagem prática à terapia sistêmica da família*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

RECH, Terezinha. Dimensões psicossociais da entrevista. *In* SCARPARO, Helena (org.). *Psicologia e pesquisa: perspectivas metodológicas*. Porto Alegre: Sulina, 2000.

_____. Terezinha. *Segredos Familiares: a complexidade das relações humanas*. Tese de doutorado – Faculdade de Psicologia. Porto Alegre. PUCRS, 2001.

SELVINI-PALAZZOLI, M. *Towards a general model of psychotic family games*. Journal

Of Marital and Family Terapy, 12(4): 339-349; 1986

STIERLIN, H.; RUCKER-EMBDEM, I.; WETZEL, N. & WIRSCHING, M. *Terapia de família: a primeira entrevista*. Barcelona, Gedisa, 1981.

TOMM, K. Circular interviewing: a multifaceted clinic al toll. In CAMPBELL, D. & DRAPER (eds.). *Applications of systemic family therapy: the Milan Approach*. Londres: Grune and Stratton, 1985.

VARELA. Francisco. As múltiplas figuras da circularidade. In ELKAÏM, Mony (org.). *Terapia familiar em transformação*. São Paulo: Summus, 2000.

WAGNER, A. & SARRIERA, J. Características do relacionamento dos adolescentes em famílias originais e reconstituídas. In FÉRES-CARNEIRO (org.). *Casal e família: entre a tradição e a transformação*. Rio de Janeiro: Nau, 1999.

Parte 6

(Con)textos de Avaliação

Entrevista de Triagem: espaço de acolhimento, escuta e ajuda terapêutica

Nádia Marques

A realidade complexa e as exigências da vida atual têm contribuído para uma procura cada vez maior de parte de diversas pessoas por atendimento psicológico. As instituições privadas, os centros de saúde e os hospitais recebem uma significativa demanda de pacientes que trazem suas queixas, seus traumas e seus sofrimentos com o intuito de livrarem-se dos sintomas que os atormentam. Essas pessoas, muitas vezes, não têm a menor idéia do tipo de tratamento de que necessitam. Elas vêm em busca, neste primeiro momento, de um espaço no qual possam ser acolhidas, aceitas e respeitadas em sua dor psíquica. Necessitam do olhar e da escuta de uma outra pessoa que se disponha a auxiliá-las a compreender algo do que se passa com elas, ajudando-as a encontrar uma saída para sua situação atual. Este é um momento particular na vida de quem busca atendimento emocional, por isso a entrevista de triagem pode representar para a pessoa o lugar de continência de que ela precisa.

A interação que se estabelecerá entre o entrevistador e o paciente definirá um campo propício para que as sensações e os sentimentos possam ser pensados de forma compartilhada. O campo da entrevista estrutura-se a partir da relação intersubjetiva entre entrevistador e entrevistado, determinando um processo dinâmico e criativo. "O campo é uma estrutura distinta da soma de seus componentes, como uma melodia é distinta da soma das notas musicais" (KANCYER, 1997, p.115).

Bion (*apud* FERRO, 1995, p. 27) destacou a importância do terapeuta assumir, desde o início de seu contato com o paciente, uma atitude "sem memória e sem desejo", em que a capacidade de tolerar o desconhecido se ligue à confiança em algo que vai desenvolver-se por meio do contato emocional com o paciente. Nessa oportunidade, o par poderá obter uma compreensão mais clara e profunda dos motivos que levaram o paciente a buscar ajuda.

Faimberg (2001, p. 63), a esse respeito, menciona a importância da "escuta da escuta", ou seja, o entrevistador deve ocupar-se de também escutar como o paciente ouviu os seus silêncios e as suas intervenções. Dessa forma, o entrevistador poderá ouvir o inaudível que é comunicado por meio da transferência e da contratransferência, constituindo-se em instrumento indispensável na descoberta do psiquismo do paciente. A autora comenta, ainda, que o paciente, ao escutar como o terapeuta o escutou, encontrará a oportunidade de poder ouvir a si mesmo.

Considerando esses pressupostos, entende-se que a entrevista de triagem se constitui em um importante espaço de acolhida e de escuta para a pessoa que se encontra em sofrimento psíquico. A tarefa de procurar um significado para as perturbações trazidas pelo paciente e de ajudá-lo a descobrir recursos que o aliviem possui valioso cunho terapêutico.

As características

A entrevista de triagem, baseada no referencial teórico psicanalítico, envolve um processo de avaliação que não se refere necessariamente a uma única entrevista. Em várias ocasiões, a avaliação inicial pode demandar um período mais longo de tempo, incluindo um número maior de entrevistas. As entrevistas de triagem são entrevistas clínicas semi-estruturadas.

Tavares (2002, p.46) salienta que

> a entrevista clínica é um procedimento poderoso e, pelas suas características é o único capaz de adaptar-se à diversidade de situações relevantes e de fazer explicitar particularidades que escapam a outros procedimentos, principalmente aos padronizados.

Kernberg (1975) explica que a configuração das entrevistas clínicas favorece a emergência da organização estrutural do funcionamento mental, pois contraria a clássica entrevista de avaliação das funções mentais com uma avaliação psicodinâmica dirigida à interação dos intervenientes.

Nas entrevistas semi-estruturadas, o entrevistador tem clareza de seus objetivos e do tipo de informação de que necessita para atingi-los; do tipo de intervenção que facilita a coleta dos dados e dos temas que são relevantes à avaliação. Essa forma de entrevista aumenta a confiabilidade dos dados obtidos, favorecendo o trabalho de pesquisa e o estabelecimento de um planejamento de ações de saúde e de orientação terapêutica. Por isso, as entrevistas semi-estruturadas são freqüentemente empregadas em locais como clínicas sociais, nos ambulatórias de psicologia dos hospitais, nos postos de saúde pública, etc. (CUNHA, 2002). Gabbard (1992) ensina que o entrevistador deve manter um estilo de entrevista flexível, passando da busca estruturada de fatos a uma atitude não-estruturada de escuta das associações do pensamento do entrevistado.

Os papéis

As entrevistas de triagem compreendem uma interação, face a face, entre duas pessoas, em um tempo delimitado, com objetivos específicos e com papéis diferenciados.

O entrevistador tem a função de conduzir o processo de triagem, dirigindo os diversos momentos das entrevistas em

função de seus objetivos primordiais de diagnóstico e de indicação terapêutica. Cabe a ele, ainda, garantir um ambiente de sigilo, confortável e livre de interrupções a fim de que o entrevistado sinta-se à vontade para falar sobre seus problemas. Sua primeira tarefa é a de transmitir que o entrevistado é aceito e valorizado como uma pessoa única. O profissional, baseado em seus conhecimentos teórico-técnicos e em seus recursos emocionais, irá avaliar os aspectos pessoais, relacionais e internos do paciente com o intuito de conhecê-lo o mais profundamente possível. O entrevistador, partindo das associações do paciente, busca, de forma ativa, as informações necessárias para compreender seu estado atual. Ele deve ser capaz de mover-se com espontaneidade ao longo dos temas trazidos pelo paciente nas entrevistas. No entanto, não deve perder de vista a sua função de observar as comunicações não-verbais e as diversas outras formas de apresentação do paciente como sua postura, forma de vestir, maneira de falar, entre outros.

Cordioli (1998) sugere que o entrevistador faça perguntas para auxiliar o paciente a iniciar o seu relato, expressar suas opiniões e seus comentários, fazendo, ainda, ligações entre os temas abordados e resumos do que compreendeu no momento final da entrevista. Braier (1986) acrescenta que o entrevistador pode utilizar-se de intervenções como: perguntas, comentários, confrontações, esclarecimentos, explicações, assinalamentos e interpretações de ensaio, a fim de reunir os dados necessários, não só para o seu entendimento da situação da pessoa, mas também para auxiliá-la a obter uma consciência maior de seu problema e uma maior motivação para aderir ao tratamento recomendado.

O paciente, em princípio, é quem, por estar em sofrimento, vem em busca de algum tipo de ajuda. Nesse processo, ele não deve ficar na posição de colaborador passivo, que apenas responde às perguntas do terapeuta. Ele deve ser convidado a ter

uma participação ativa e cooperativa, informando e comunicando a respeito de suas dificuldades, seus sentimentos e conflitos. Ainda, se faz necessário, que o paciente possa trazer a percepção que tem de seu problema, bem como as expectativas que faz em relação a um atendimento e suas fantasias associadas à forma como deseja ser ajudado.

O encontro, delineado em função desses papéis descritos, define um campo relacional, construído pela comunicação que se estabelece a partir dos sentimentos que circulam na transferência e na contratransferência. A transferência é a repetição dos sentimentos relacionados a figuras do passado que são repetidos com o entrevistador na situação atual. A transferência é uma dimensão vital da avaliação, na medida em que afeta diretamente a cooperação entre o paciente e o terapeuta. Padrões de transferência fornecem vislumbres de relacionamentos significativos do presente e do passado do paciente. Gabbard (1992) recomenda que sejam abordadas as distorções transferenciais precocemente, para que sejam removidos possíveis obstáculos a uma efetiva coleta da história. O autor alerta, entretanto, que o entrevistador deve ter presente que a relação entrevistador-paciente é sempre uma mistura de transferência e de relação real.

O entrevistador desenvolverá reações de contratransferência em relação ao paciente. Ele experimentará algumas respostas emocionais diante do paciente semelhante às despertadas por este em outras pessoas. Mas, também, poderá ter sensações originadas de figuras importantes de seu próprio passado. Por isso, é fundamental que o entrevistador monitore suas reações de forma a não atuá-las, mas utilizá-las como uma fonte de informações a respeito do paciente. Assim, também estará mais capacitado a tolerar as intensas ansiedades despertadas por temas relacionados a experiências dolorosas ou fatos que envergonham o paciente, podendo, de forma segura, falar abertamente sobre eles.

Essa comunicação particular inclui ainda as reações advindas das identificações-projetivas cruzadas entre entrevistador e entrevistado no aqui-agora da entrevista. Esse ângulo oferece uma valorizada fonte de informações a respeito dos sentimentos e dos modelos relacionais primitivos do entrevistado (ZIMERMAN, 1995).

Os objetivos

A entrevista clínica é uma técnica que pode ser estruturada de acordo com formas diferentes de abordagem, conforme os objetivos específicos do entrevistador e de seu referencial teórico. Os objetivos de cada tipo de entrevista é que irão determinar estratégias, intervenções, alcances e limites.

As entrevistas de triagem, realizadas dentro do enfoque psicodinâmico, objetivam primordialmente elaborar uma história clínica, definir hipóteses de diagnóstico descritivo, de diagnóstico psicodinâmico, de prognóstico e de indicação terapêutica.

História Clínica

Cunha (2002, p. 59) refere que a história do paciente compreende a sua história de vida pessoal e a história de sua doença atual. "Pressupõe uma reconstituição global da vida do paciente, como um marco referencial em que a problemática atual se enquadra e ganha significado".

A história de vida do paciente oferece os dados necessários para que o entrevistador possa chegar às hipóteses de diagnóstico descritivo e psicodinâmico. O entrevistador coloca sua escuta e sua atenção à disposição do paciente para acompanhar a ordem em que são relatados acontecimentos,

lembranças, interesses, preocupações e outros conteúdos, pois assim obterá pistas para as conexões inconscientes do entrevistado. O entrevistador irá registrando não só o que o paciente verbalizou, mas também o momento da entrevista e os sentimentos que acompanharam as informações.

A história atual contempla o esclarecimento dos sintomas do entrevistado e as circunstâncias em que surgiram, evidenciando a presença de estressores que desencadearam ou agravaram o quadro. É indispensável averiguar como essa situação influência as relações sociais, sexuais, familiares e profissionais do paciente, assim como o grau de desconforto e de desadaptação que geram em sua vida funcional.

A história pregressa irá complementar esses dados, na medida em que oportuniza uma visão do desenvolvimento evolutivo da pessoa. Nesta fase da coleta de dados é importante que o entrevistado seja envolvido numa revisão de seu passado, por meio das possíveis ligações entre os acontecimentos e sentimentos atuais e os de sua infância e adolescência. Convém que o entrevistador adote um modelo de anamnese que o oriente, de forma flexível, a buscar as informações necessárias ao seu trabalho, respeitando as possibilidades do paciente e os limites dos objetivos das entrevistas de triagem.

Hipótese de Diagnóstico Descritivo

O diagnóstico descritivo (baseado nos critérios de DSM-IV TR), embora insuficiente para uma compreensão profunda da problemática da pessoa e para a formulação do prognóstico, constitui-se em uma informação essencial para orientar, num primeiro momento, o raciocínio clínico do entrevistador quanto à escolha de tratamento mais

adequado. Cordioli (1998) lembra que, para algumas situações, a psicoterapia pode ser a opção terapêutica adequada, enquanto que para outras é a psicofarmacoterapia, ou a terapia psicossocial, ou outras formas de tratamento. Ele adverte que a indicação inadequada de uma psicoterapia pode ser ineficaz em certas condições e eventualmente pode agravar os sintomas do paciente.

Hipótese Psicodinâmica

A hipótese psicodinâmica refere-se ao diagnóstico que visa entender o quanto e como o paciente está doente, como adoeceu e como a sua doença o serve. Braier (1986) denomina o diagnóstico dinâmico, realizado a partir de entrevistas preliminares, de *hipótese psicodinâmica mínima ou precoce*. O autor entende que essa hipótese inicial é um esboço reconstrutivo da história dinâmica do paciente, uma tentativa de compreensão global de sua psicopatologia que tende a incluir todas as perturbações e potenciais conhecidos. A hipótese dinâmica visa explicar os sintomas e os problemas referidos pelo paciente à luz da teoria. Na elaboração dessa hipótese dinâmica breve, o entrevistador procura explicar os conflitos subjacentes ao problema atual do paciente, especificando as forças em jogo, as ansiedades daí decorrentes, os mecanismos de defesa mobilizados e os resultantes expressos pelos sintomas. Essa integração, no formato de uma compreensão lógica e abrangente da psicopatologia do paciente, é indispensável para que o entrevistador tenha condições de definir um prognóstico e uma indicação terapêutica com maior precisão e tranqüilidade. Além disso, permite que o entrevistador possa fazer uma devolução diagnóstica, baseado em um conhecimento consistente do paciente.

Prognóstico

Miranda-Sá Junior (2001) afirma que conhecer é poder prever. Ou seja, ele explica que todo o conhecimento presume alguma previsibilidade e explicabilidade, o diagnóstico e também um prognóstico. O autor salienta que os diagnósticos devem ser elaborados de maneira a se referirem aos aspectos fenomênicos atuais da enfermidade, incluindo sua etiopatologia e antecipando a previsão de sua evolução.

Após a realização do trabalho avaliativo da triagem, é possível efetuar uma avaliação prognóstica relativa ao quadro atual que motivou a busca de atendimento. Braier (1984) menciona ser importante analisar as diversas condições diagnósticas do paciente (início da doença, tipo de psicopatologia, contexto sociofamiliar, recursos de ego, grau de motivação e de *insight*) para se considerar um prognóstico como favorável ou desfavorável. Acrescenta que é preciso, também, verificar o contexto assistencial quanto às possibilidades terapêuticas que oferece em seus aspectos temporais, espaciais, equipe de trabalho, etc.

Indicação Terapêutica

A triagem, como um primeiro filtro, tem a função de buscar as informações básicas sobre o paciente com o objetivo de formular recomendações diagnósticas e terapêutica. Esta tarefa exige do entrevistador o conhecimento das possíveis abordagens psicoterápicas, bem como de outras formas de atendimento que possam ser necessárias ao paciente.

O profissional irá emitir sua opinião acerca da abordagem terapêutica que considera a mais adequada à situação do paciente. Poderá esclarecer a este o tipo da indicação: se individual, familiar, ambulatorial, consultório privado ou em ambiente hospitalar.

Deve ser lembrado de que existem doenças físicas que se fazem acompanhar de sintomas psiquiátricos difíceis de serem diferenciados de alguns transtornos emocionais. Dessa forma, é indispensável a busca de esclarecimentos da presença ou não de causas físicas, bem como da utilização de medicamentos que possam confundir o diagnóstico.

O entrevistador precisa considerar outros aspectos para formular a sua indicação terapêutica. Ele deverá levar em conta as condições de vida do paciente como seus recursos financeiros, sua disponibilidade de horário, acesso físico e apoio familiar, enfim, levar em conta as necessidades e as possibilidades da pessoa para que a esta não seja recomendado um tipo de atendimento ideal, mas impraticável.

Os elementos necessários à definição destas conclusões diagnósticas e terapêuticas são obtidos pela avaliação de vários aspectos do funcionamento do sujeito. O entrevistador tem, também, como objetivo examinar o grau de motivação e de *insight*, o nível de funcionamento, os recursos de ego e o padrão sociofamiliar. É importante assinalar que esta avaliação é feita com o propósito específico de conhecer o suficiente da situação da pessoa para poder lhe dar um encaminhamento. Por isso, tais aspectos deverão ser aprofundados no atendimento psicológico propriamente dito.

Grau de Motivação e de *Insight*

Refere-se à disposição da pessoa em reconhecer as dificuldades psíquicas que prejudicam seu desenvolvimento e suas relações, mostrando clara desconformidade diante delas. O paciente explicita o desejo consciente de engajar-se em um processo que possa ajudá-lo a fazer mudanças em sua vida, mediante a solução efetiva de seus problemas. A disponibilidade em compreender e superar impasses pode

ser observada no contato com o paciente por meio da identificação de alguns indicadores. Assim, suas respostas às intervenções do entrevistador, a consciência de sua enfermidade, a capacidade de criticar sua situação de modo flexível, sua possibilidade de trabalhar com vários níveis de expressão simbólica, realizando conexões entre situações vividas no passado e os afetos a elas associados e suas conseqüências na vida real, a honestidade consigo mesmo, para encontrar a verdade sobre sua própria pessoa, a capacidade de reviver situações dolorosas e comunicá-las e sua capacidade de auto-observação demonstrarão seu grau de *insight* e de motivação.

O entrevistador deve ter em mente que a decisão de procurar um atendimento, freqüentemente, é ambivalente. Ao mesmo tempo em que o paciente expressa seu desejo de encontrar alívio para o seu sofrimento, aparecem oposições inconscientes que dificultam o encontro de soluções mais realistas. Os aspectos mais maduros e saudáveis da personalidade do sujeito buscarão aliar-se ao entrevistador para se contatar com a doença. Em contrapartida, as resistências se opõem a esta aliança, reforçando a doença (SANDLER, 1977).

Nível de Funcionamento

O nível de funcionamento corresponde ao grau de contato que o entrevistado mantém com a realidade em geral. Segundo Kernberg (1980), o exame da realidade pode ser observado pela capacidade do entrevistado em distinguir os sentimentos como provenientes de seu mundo interno ou como proveniente de fora (alucinações, ilusões); pela preservação da consciência reflexiva e do juízo crítico; pela presença de pensamentos e afetos apropriados ou não, bem como pela sua capacidade de empatizar com o entrevistador.

O autor, considerando esses critérios, classifica o funcionamento psíquico em três níveis: neurótico, *borderline* e psicótico. O nível neurótico caracteriza-se por uma imagem de si mesmo integrada, adequada diferenciação de si e do outro, mecanismos de defesa maduros, teste da realidade preservado e sintomas egodistônicos. No funcionamento *borderline* não há constância objetal, encontra-se difusão de identidade, as imagens do *self* e dos outros estão dissociadas e não integradas, há falta de capacidade empática, as relações de objeto são caóticas, há ausência de controle dos impulsos, baixa tolerância às frustrações, a personalidade é instável e o superego, rígido. No funcionamento psicótico, as imagens do *self* e dos objetos estão fundidas, predominam a projeção e a identificação projetiva como mecanismos de defesa, o exame da realidade está gravemente comprometido e os sintomas são egosintônicos.

Recursos de Ego

Braier (1986) destaca a necessidade de o entrevistador obter uma visão das condições egóicas do paciente. Para tal, busca avaliar os recursos de ego (aspectos maduros e sadios) que ele dispõe para fazer frente à sua realidade interna e externa. No momento da triagem interessa que se indague sobre:

- as funções básicas do ego como orientação, percepção, cognição, linguagem, afeto e conduta;
- a tolerância à ansiedade e à frustração, ou seja, a capacidade de o paciente enfrentar dificuldades, tolerar perdas e separações;
- a eficácia ou não no controle e na expressão dos impulsos e dos afetos, como agressão, sexualidade e ansiedade (pode ser excessivo ou estar diminuído);
- a relação do ego com o superego. Interessa ao entrevistador avaliar a rigidez ou a ineficiência do superego por meio da

maneira como o entrevistado relaciona-se consigo mesmo e com suas coisas (normas rígidas, intransigência, flexibilidade, ideais realistas ou fantásticos, etc). Zimerman (1999) enfatiza a importância dos mandamentos superegóicos no psiquismo do paciente, uma vez que com freqüência se apresentam na vida da pessoa em forma de culpa, auto-acusações, busca inconsciente de punição, desvalia, etc.

os mecanismos de defesa principais utilizados pelo paciente para fazer frente às suas ansiedades e aos seus impulsos. Deve-se identificar se existe predomínio do uso de mecanismos mais maduros ou mais regressivos. Estes mecanismos de defesa podem ser de dois tipos: as defesas adaptativas como a repressão, a racionalização, anulação, formação reativa, sem distorção da realidade e as defesas primitivas como dissociação, identificação projetiva, controle, idealização, negação, com distorção da realidade (CORDIOLI, 1998);

a regulação e as características da auto-imagem (desvalorizada, grandiosa, hipervalorizada, etc.);

as relações objetais, ou seja, a maneira habitual do entrevistado interagir com as pessoas significativas de sua vida. Bellak e Small (1969) comentam que o modelo de relação objetal do paciente será examinado no que diz respeito à sua qualidade e intensidade e aos aspectos manifestos e latentes, a partir da conduta evidenciada pelo paciente durante as entrevistas clínicas, da história de suas relações interpessoais, de suas fantasias, recordações e da contratransferência. Esse exame fornece ao entrevistador informações acerca da posição do paciente na família e nos sistemas sociais, do nível de maturidade das relações objetais, bem como da natureza de suas relações objetais internas. O entrevistador obterá uma idéia do tipo de padrão que o entrevistado repete em suas relações, que poderá ser, entre outros, de dependência, de simbiose, de sadomasoquismo, de evitação, de triunfo ou de distanciamento.

Padrão Sociofamiliar

A realização de uma hipótese diagnóstica do funcionamento familiar do paciente e de seu meio ambiente permite que o entrevistador verifique como essas situações incidem e influenciam a sua problemática atual. A natureza da dinâmica das relações indicará as condições da rede de apoio que o entrevistado conta para sua recuperação.

Com essas informações, o entrevistador terá adquirido uma visão das características de personalidade do paciente, podendo considerar a existência ou não de patologias de caráter.

O processo

As entrevistas de triagem desencadeiam um processo cuja evolução pode ser observada por meio de fases que apresentam características e funções particulares. Sullivan (1983) comenta sobre a existência de quatro possíveis fases que acompanham as entrevistas.

A fase inicial é aquela em que habitualmente o entrevistador analisa e discute com o paciente as razões que o levaram a procurar atendimento. Nesse momento, é importante que o profissional estabeleça um *rapport* rápido e claro, explicando ao entrevistado os objetivos do encontro. Assim faz com que ele se sinta valorizado e aceito, favorecendo a construção de um vínculo de confiança. Gabbard (1992) sugere que o entrevistador adote uma atitude receptiva de escuta a fim de compreender o ponto de vista do paciente de uma forma efetiva e empática, participando ativamente da relação que se estabelece. Sullivan (1983) enfatiza que os dados essenciais da psicopatologia emergem de uma observação participativa resultante da interação intensa entre entrevistador e paciente.

Na fase inicial, a principal função do entrevistador é o estabelecimento da relação e do contrato de trabalho, que inclui a coleta dos dados sociodemográficos (nome, idade, profissão, escolaridade, etc) do entrevistado e as combinações acerca dos encontros, como: objetivos, limites, horários, duração aproximada do processo de triagem e honorários.

O primeiro contato com o entrevistador desempenha um papel fundamental no tipo de vivência que o paciente terá e do seguimento de seu encaminhamento. Cabe ao entrevistador facilitar o desenvolvimento de um clima de confiança, por intermédio de sua disponibilidade emocional, em receber a demanda do paciente, mostrando-se interessado por seus problemas e disposto a lhe oferecer ajuda. Também é tarefa do entrevistador estar atento para as ansiedades, fantasias e defesas que acompanham o paciente nesse primeiro momento. O paciente, para fazer frente às ansiedades mobilizadas pelo início da entrevista, poderá utilizar-se de defesas expressas por meio de silêncios, ou de perguntas relativas à vida do entrevistador, ou de comentários inadequados, ou expressões de desconfiança, etc. Tais manifestações se constituem em estratégias utilizadas pelo entrevistado para enfrentar esse momento e para evitar o contato com seus sentimentos e com os fatos a eles associados. O entrevistador, considerando as particularidades de cada entrevistado, precisará encontrar o tipo de intervenção que facilite o enfrentamento do paciente destas ansiedades e, assim, prosseguir com a entrevista. Evitar pausas e silêncios prolongados, que podem aumentar o nível de ansiedade e de tensão do paciente, pode ser uma estratégia produtiva nesta primeira fase.

A fase intermediária caracteriza-se por um período de maior aprofundamento da problemática do paciente. Sullivan (1983) refere que, primeiramente, há um reconhecimento por parte do entrevistador e do entrevistado da necessidade de identificar experiências e formas de sentir que teriam participado da

formação de sua personalidade e influenciado em seus comportamentos e relacionamentos. Esta fase é seguida de outra que visa à investigação detalhada daquilo que constitui as zonas de conflito da pessoa, encontrando elos entre as situações atuais de desajuste com outras experiências que envolvem a história de vida passada do entrevistado. Dessa maneira, a dupla tem a oportunidade de esclarecer e aprofundar o conhecimento a respeito da problemática que motivou a consulta e sua repercussão nas diversas áreas da vida atual do paciente. Essa etapa da avaliação, além de oportunizar a coleta de dados necessários para a elaboração de hipóteses diagnósticas e para a indicação terapêutica, colabora para que o paciente amplie o conhecimento de sua aflição e obtenha maior consciência de suas dificuldades.

O entrevistador, porém, nessa fase de investigação mais profunda, não pode se descuidar da manutenção da aliança terapêutica. Para tal, é importante que ele lance mão de algumas estratégias na tentativa de facilitar a condução das entrevistas. A utilização, por exemplo, de perguntas abertas, clarificações e recapitulações favorecem a fluidez da entrevista e incrementam a interação entre o entrevistado e o entrevistador na tarefa de análise e investigação dos conflitos.

A fase final remete a uma retomada do processo de avaliação com o intuito de se chegar a um fechamento e a uma devolução. No momento do encerramento é fundamental que o paciente sinta que o encontro foi produtivo e importante. A entrevista de devolução deve ser realizada após o estudo da situação do paciente.

Braier (1986) recomenda que o entrevistador transmita oralmente ao paciente, numa linguagem simples e clara, as impressões gerais a respeito de sua problemática, sem se aprofundar em demasia. Ele sugere que o entrevistador use as interpretações denominadas panorâmicas, pois permitem esboçar de maneira global, psicodinamismos subjacentes à situação-problema. O

autor ensina que esse procedimento objetiva fazer o paciente sentir que as suas verbalizações foram valorizadas e compreendidas; reforça sua motivação para entender e resolver suas dificuldades por meio do tratamento indicado.

A devolução, além dos aspectos diagnósticos, precisa contemplar uma hipótese prognóstica capaz de tranqüilizar o paciente à medida que lhe é mostrado que existem recursos terapêuticos capazes de resolver seus sofrimentos ou, pelo menos, amenizá-los.

É importante que o entrevistador forneça e explique os passos futuros ao paciente como marcação de novas consultas para iniciar um processo psicoterápico, encaminhamento para outro profissional ou outra medida que deva ser tomada.

Na etapa final é dada a oportunidade de a pessoa expressar seus sentimentos e pensamentos em relação à experiência vivida por meio das entrevistas de triagem. O entrevistado pode expressar sua opinião e seus sentimentos em relação às conclusões e às recomendações do entrevistador. É oportuno ajudar o paciente a compreendê-las, removendo distorções ou fantasias contraproducentes quanto a elas ou as referentes às suas dificuldades e às suas necessidades.

A devolução dos resultados requer flexibilidade, pois, além de transmitir o que entendeu do paciente e de sua demanda, o entrevistador deve ser capaz de expor alternativas de tratamento. Quando se faz necessário um encaminhamento, o entrevistador deve conhecer os alcances e limites dos tratamentos psicoterápicos existentes disponíveis e acessíveis às reais condições do paciente.

Malan (1983) conclui que o trabalho do profissional, ao longo de entrevistas que objetivam avaliar as condições do paciente com vistas a lhe fazer uma indicação terapêutica, é complexo e exige algumas maneiras de pensar e de comportar-se.

O autor expõe que o entrevistador deve realizar uma avaliação clínica (o diagnóstico clínico influenciará o prognóstico), deve pensar psicodinamicamente (identificar as forças em conflito no interior do paciente e entre este e o seu meio, no presente e no passado), deve pensar praticamente (os recursos reais e viáveis do paciente), deve estar atento à entrevista para, por meio de um *rapport* rápido, buscar os dados de que necessita para o encaminhamento correto e deve ser sensível e hábil para trazer à superfície as expectativas e apreensões com que o paciente reage à entrevista e às suas intervenções.

A ajuda terapêutica

A entrevista de triagem pode ser considerada um momento crucial no diagnóstico e no encaminhamento terapêutico em saúde mental.

Esse primeiro encontro, quando conduzido com competência e sensibilidade pelo entrevistador, oferece ao entrevistado a experiência de ser respeitado, despertando-lhe sentimentos de confiança e de esperança de encontrar alívio para as suas dificuldades e sofrimentos. Dalgalarrondo (2000) registra os freqüentes abandonos de muitos serviços ambulatoriais, ocasionados, algumas vezes, pelas atitudes pouco receptivas ou negligentes dos profissionais.

Sendo assim, a entrevista de triagem mostra-se útil, não só pelos fins diagnósticos e de indicação terapêutica que almeja alcançar, mas também pelos efeitos terapêuticos que exerce sobre os pacientes que se encontram fragilizados e mais favoráveis a serem influenciados por uma ajuda. Fiorini (1979) atesta, baseado em sua experiência clínica, que essa entrevista quando adequadamente conduzida pode desempenhar importante papel terapêutico, reduzindo o grau de deserção no seguimento

dos tratamentos. A entrevista, diz Tavares (2002), tem o potencial de modificar a maneira como o paciente percebe sua autoestima, seus desejos, seus projetos de vida e suas relações significativas. Por isso, o profissional precisa desenvolver habilidades específicas para realizar essa tarefa. Greenspan e Greenspan (1983) recomendam que o entrevistador treine sua capacidade de observar, procurando, por meio de uma aprendizagem continuada, aprofundar seus conhecimentos da teoria psicanalítica e da técnica de entrevista, desenvolver atitudes éticas e aprimorar seu autoconhecimento, uma vez que sua personalidade será seu principal instrumento de trabalho.

Referências bibliográficas

BELLAK, L. & SMALL, L. *Psicoterapia breve y de emergência*. Pax-México, México, 1969.

BRAIER, E. A. *Psicoterapia breve de orientação psicanalítica*. São Paulo: Martins Fontes, 1986.

CORDIOLI, A. V. *Psicoterapias abordagens atuais*. Porto Alegre: Artmed, 1998.

CUNHA, J. A *Psicodiagnóstico* – V, 5ª edição revisada, Porto Alegre: Artemed, 2002.

DALGALARRONDO, P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed, 2000.

FAIMBERG, H. *Gerações: mal-entendidos e verdades históricas*. Porto Alegre: Sociedade de Psicologia: Criação Humana, 2001.

FERRO, A. *A técnica na psicanálise infantil: a criança e o analista*. Rio de Janeiro: Imago, 1995.

FIORINI, H. *Teoria e técnica de psicoterapia*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1979.

GABBARD, G. *Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

GREENSPAN, S. & GREENSPAN, T. *Entrevista clínica com crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

KERNBERG, P. & CHAZAN, S. *Crianças com transtorno de comportamento: manual de psicoterapia*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1975.

KERNBERG, O. F. *Internal world and external reality*. New York: Jason Aronson Inc., 1980.

MALAN, D. *Psicoterapia individual e a ciência psicodinâmica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

MIRANDA – SÁ JR, L. S. *Psicoterapias abordagens atuais*. Porto Alegre: Artemed, 2001.

SANDLER, J., DARE, C. & HOLDER, A. *O paciente e o analista*. Rio de Janeiro: Imago, 1977.

SULLIVAN, H. S. *A entrevista psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Interciência, 1983.

TAVARES, M. A. A entrevista clínica. In: J.A Cunha, org: *Psicodiagnóstico – V*, 5ª edição revisada, Porto Alegre: 2002.

ZIMERMAN, D. E. *Bion da teoria à prática*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

_____ *Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica*. Porto Alegre Artes Médicas (1999).

PSICODIAGNÓSTICO: RECURSO DE COMPREENSÃO

LEANIRA KESSELI CARRASCO
JULIANA RAUSCH PÖTTER

Entendemos que o processo de psicodiagnóstico é, sem dúvida, um dos mais importantes diferenciais do trabalho do psicólogo em relação a outros profissionais. Isso porque, quando bem realizado, pode ser tão terapêutico e esclarecedor para o paciente quanto o próprio processo psicoterápico.

A importância de um diagnóstico correto é destacado por Freud (1981) em seu texto *O Início do Tratamento*, de 1913. Nele, o autor afirma que um erro diagnóstico impõe ao paciente um esforço inútil no sentido de que ele nos expõe seu mundo interno, falando de seus sofrimentos e angústias e, ao final, diante do erro, poderá não mais confiar em um processo psicoterapêutico que, se levado a cabo, não alcançará seu objetivo, que é o da cura.

No mundo atual, em que cada vez mais as pessoas têm sido compreendidas de uma forma global e não mais dentro da dicotomia corpo/mente, fica difícil para o psicólogo a tarefa de chegar a um diagnóstico que, muitas vezes, pode ser rotulante e avassalador para quem o recebe. A questão é que as exigências de convênios de saúde, locais de trabalho e instituições de ensino nos levam à obrigatoriedade de apresentar um diagnóstico fechado, preferencialmente com número de registro em classificações diagnósticas internacionais.

Não podemos negar que, especialmente em locais onde o trabalho é realizado em equipes multidisciplinares, a necessidade de um diagnóstico bem especificado se faz necessário até

mesmo por permitir a existência de uma comunicação que ultrapassa as diferenças entre as teorias e áreas de atuação de uma linguagem universal.

Essa situação ilustra a imensa responsabilidade que temos ao realizar um processo psicodiagnóstico em uma pessoa. Ao buscar ajuda, seja encaminhada por outro profissional ou instituição, o paciente nos delega a responsabilidade de compreender o que está acontecendo e, principalmente, o que levou até a situação atual. Para atender essa demanda, é imprescindível que estejamos preparados para tal. Isso exige que devemos buscar nos instrumentalizar, para que possamos atender, da melhor forma possível, o paciente.

Inicialmente o papel do psicólogo no psicodiagnóstico era o de satisfazer a demanda de outro profissional, que solicitava a aplicação de testes, sem se comprometer no vínculo com o paciente. A partir da maior valorização da Teoria Psicanalítica de Freud, a atitude do psicólogo mudou. Antes disso, somente os testes eram valorizados, depois, houve a tentativa de levar para o psicodiagnóstico as características do processo psicanalítico. A entrevista livre se tornou supervalorizada. Em conseqüência disso, aconteceu uma aproximação afetiva e efetiva entre o paciente e o psicólogo, bem como um enriquecimento da compreensão do paciente.

Ao longo do tempo se percebeu que a utilização de testes como único recurso para o psicodiagnóstico não permitiam um completo entendimento do indivíduo e nem tampouco um vínculo ativo com ele. A entrevista livre também descaracterizava o processo psicodiagnóstico, uma vez que esse método não permite um limite de tempo. Diante desse impasse, houve a necessidade de o psicólogo repensar sua posição quanto ao processo. Podemos notar que essa evolução histórica esteve sempre vinculada a uma busca de identidade profissional.

Na tentativa de caracterizar e diferenciar o psicodiagnóstico da psicoterapia, passamos a utilizar a *entrevista semidirigida* aliada com os resultados de aplicações de testes psicológicos – estes últimos, ferramentas exclusivas do psicólogo. É evidente que a entrevista sempre é proeminente durante todo o processo. Trinca (1984) diz que a entrevista ocupa lugar de relevo juntamente com a observação clínica e a aplicação de testes psicológicos. Podemos até abrir mão dos testes psicológicos, que sempre são utilizados como formas auxiliares das entrevistas e demais técnicas de investigação clínica da personalidade, porém a entrevista é insubstituível.

Por que a entrevista semidirigida?

A escolha por este tipo de entrevista no psicodiagnóstico se dá em função do restrito tempo contratado com o paciente, seus familiares ou responsáveis tendo início, meio e fim bem delimitados. Por meio dela, os conteúdos que seriam explorados lentamente em um processo psicoterápico, no psicodiagnóstico, são abordados de modo mais contundente e pontual.

A entrevista semidirigida é aquela na qual o paciente define o palco em que serão apresentadas as cenas de sua vida, tanto as que evidenciam seus dramas quanto, e principalmente, as que evidenciam suas potencialidades. O papel do entrevistador é manter uma escuta apurada, sem que perca de vista o foco de investigação que leva ao esclarecimento da origem da queixa ou sintoma. Assim, é o paciente, ou seus responsáveis no caso de crianças, que define o assunto que deseja falar, e nosso papel é o de intervir com o objetivo de manter a atenção nos pontos que consideramos imprescindíveis para esclarecimento e compreensão do paciente.

No entanto, essa entrevista não deve ser entendida como fria, distante ou como simplesmente exploratória. O paciente deve se sentir atendido em sua demanda e, ao mesmo tempo, não pode se sentir invadido nem desviar processo de seus objetivos iniciais. Cabe ao entrevistador ter o cuidado para que a entrevista tenha sucesso e atinja os resultados esperados dentro do tempo previsto.

Durante todo o procedimento é fundamental a extrema sensibilidade do terapeuta, bem como uma visão que lhe permita ampliar o foco, tirando daquele que foi encaminhado para o processo de psicodiagnóstico o peso da total responsabilidade por seu sintoma. A necessidade de ampliação do foco se faz ainda mais presente quando tratamos de crianças que estão vindo aos consultórios com cada vez menos idade, em torno de 2 e 3 anos, tendo sobre si o peso da responsabilidade por toda a disfuncionalidade de uma família.

É importante ressaltar que, ao recebermos o paciente para a realização do psicodiagnóstico, os motivos de encaminhamento podem ser similares em sua descrição. Por exemplo, é comum uma criança ser encaminhada por *problemas de aprendizagem* ou ainda, *dificuldades de relacionamento*, porém, durante a entrevista, ao aprofundarmos tais questões, observamos que uma infinidade de possibilidades se revela para auxiliar na compreensão da queixa inicial. Ao examinarmos atentamente tais motivos, verificamos que, por trás do motivo manifesto, existe uma diversidade de motivos latentes, que são impossíveis de ser generalizados, uma vez que pertencem a uma pessoa que se constitui única em sua diversidade de processos psíquicos.

Apesar de, no psicodiagnóstico, podermos lançar mão de técnicas e recursos das mais diversas teorias, o exercício de compreender o indivíduo dentro de seu contexto familiar e social não só pode, como deve estar sempre presente. Uma

dificuldade escolar, que aparentemente parece um sintoma simples, pode estar encobrindo segredos familiares como o de uma adoção não-revelada ou até mesmo de um abuso sexual transgeracional.

Devemos ter sempre em mente que, nos poucos encontros que temos, são explorados pontos cruciais das vidas das pessoas, sem que, necessariamente, elas estejam preparadas para tanto. Assim, nosso cuidado, sensibilidade e ética devem estar sempre presentes. Além disso, outro fator que não pode ser esquecido é o fato de que somos pessoas completamente estranhas para aqueles que vêm solicitar nossa ajuda. Assim, pode não ser tão simples expor sentimentos, situações e vivências tão íntimas para alguém que não se conhece, mas no qual tem de confiar. Diante disso, fica evidente, mais uma vez, nossa responsabilidade com o que escutamos e observamos, além, é claro, do preparo técnico que devemos ter para atender às diversas demandas.

Nesse sentido, é preciso ter em mente que, no decorrer de todo o processo, somos depositários de tudo o que o paciente trouxer, tanto no que diz respeito à palavra quanto a observações e resultados de testes, quando estes forem utilizados.

Primeira Entrevista

Ocampo e Arzeno (1981) caracterizam a entrevista inicial como uma entrevista semidirigida, uma vez que leva em conta que esta é uma técnica que nos permite conhecer exaustivamente o paciente ao mesmo tempo em que nos fornece dados para o levantamento de hipóteses diagnósticas, como exposto anteriormente. Porém, nos momentos iniciais da primeira entrevista do psicodiagnóstico, estas autoras recomendam a utilização de uma técnica diretiva a fim de que possa ocorrer a apresentação mútua e a realização do contrato do psicodiagnóstico.

Geralmente, o primeiro contato é que norteia o psicólogo no que se refere à escolha de testes e técnicas a serem utilizados com o paciente. Também é importante que o contrato ocupe um lugar de destaque, pois deve ficar claro para o paciente e seus responsáveis qual será o objetivo do processo. Este contrato, ou enquadre, além do objetivo, deve contemplar o número de sessões, seu tempo de duração, informações a respeito de técnicas e testes que possam ser utilizados, a questão do sigilo e, essencialmente, o motivo pelo qual o paciente e/ou seus responsáveis buscam ajuda.

No caso de crianças e até mesmo de adolescentes ou adultos que não possuam condições de se responsabilizar por si próprios, é mais difícil ocorrer uma demanda espontânea do paciente. Geralmente, são os pais ou responsáveis que procuram o atendimento. Podemos realizar uma entrevista inicial com aqueles que procuram o psicólogo para, em um momento posterior, virmos a conhecer o paciente.

Em casos de pais separados, podem ser realizadas entrevistas individuais com cada um, porém com cuidado para que não seja demonstrada, por parte do psicólogo, preferência por este ou aquele, mesmo nos casos em que houve maior empatia com o pai ou com a mãe. Também, devemos deixar claros, para ambos e para o filho, os motivos das entrevistas individuais para que não se criem fantasias de possíveis alianças do avaliador com um ou outro.

Para Aberastury (1992), é comum que, nessa entrevista, os pais esqueçam alguns detalhes importantes, sejam muito superficiais e não falem de algumas informações com muita exatidão. Muitos não conseguem eleger os aspectos que seriam mais importantes para que o psicólogo tome conhecimento ou, ainda, ficam muito angustiados imaginando que estão sendo observados e avaliados.

É importante ter cuidado com o esclarecimento do processo para o sujeito, explicando-lhe os motivos pelos quais seus pais ou responsáveis buscaram ajuda. Esses cuidados fazem com que o paciente tenha confiança no psicólogo, podendo, mesmo em um curto processo, deixar transparecer os motivos de seu sofrimento psíquico.

Entrevistas de anamnese

As entrevistas de anamnese podem ser realizadas com o próprio paciente ou com aqueles que puderem trazer mais informações sobre sua história de vida. Dependendo do caso, podem ser realizadas entrevistas apenas com os pais e, ainda, com um ou outro separadamente. É importante deixar claro que, no psicodiagnóstico, todas as entrevistas podem ser consideradas, de alguma forma, anamnese. Isso porque os dados referentes à história de vida do paciente são coletados desde a entrevista inicial até a entrevista de devolução.

Acreditamos que, no decorrer do psicodiagnóstico, as informações coletadas não podem se restringir ao processo evolutivo do paciente. É imprescindível contextualizá-lo em seu sistema familiar e também investigar para além deste. Devemos levar em consideração os contextos social, cultural e financeiro em que este paciente está inserido.

Em casos de atendimento a crianças e adolescentes, acreditamos que, antes mesmo da busca de informações sobre a história individual do paciente, é necessário conhecermos a história da união dos pais deste. As informações revelam o clima familiar à época de seu nascimento e que irão refletir em seu desenvolvimento biopsicossocial.

Em casos nos quais percebemos a repetição de situações através das gerações, ou quando há dificuldade em ativar lembranças ou, ainda, com pessoas extremamente concretas e até

mesmo limitadas intelectualmente, podemos utilizar o genograma como recurso de busca de informações. Esse instrumento vem sendo explorado como um elemento bastante eficiente em casos de psicodiagnóstico, uma vez que pode possibilitar um aprofundamento das informações da história de vida e também das complexas interações de seu sistema familiar.

Entrevistas para aplicação de testes

A bateria de testes em um psicodiagnóstico clínico é utilizada, de acordo com Cunha (2000), por dois motivos: o primeiro deles refere-se ao fato de que a utilização isolada de um teste ou uma técnica não permite uma avaliação abrangente e profunda do paciente; o segundo motivo é que a utilização de vários instrumentos possibilita a intervalidação dos referidos, o que resulta em uma menor possibilidade de erro em nossas inferências clínicas.

Assim, em um processo psicodiagnóstico, a escolha da bateria de testes deve atender às necessidades específicas de cada caso, obedecendo a critérios bem definidos. A escolha deve considerar a idade, o sexo, a escolaridade e, especialmente, o objetivo do que se quer avaliar. Assim, também, devemos respeitar as instruções para aplicação, levantamento e interpretação constantes no manual dos testes utilizados.

Levando em conta esses princípios e definida a bateria de testes, há que se considerar a ordem de aplicação dela. Ocampo e Arzeno (1981) e Cunha (2000) referem à questão da presença de ansiedade no paciente que vai ser sujeito de aplicação desses instrumentos. Na tentativa de minimizar a ansiedade, as autoras recomendam que a bateria seja iniciada pelos testes gráficos, uma vez que o material utilizado (papel e lápis) é familiar ao paciente, intercalando estes com os psicométricos (caso haja indicação). Por último deve ser aplicado o teste que, de acordo

com nossa observação, será o mais ansiogênico para o paciente. Dessa forma, não haverá contaminação da elevação da ansiedade para outras técnicas.

As entrevistas específicas para aplicação de testes não devem se prolongar, uma vez que isso pode acarretar o incremento de ansiedade e fantasias de incurabilidade, por exemplo. É importante ressaltar que cada paciente, em função da queixa inicial, de sua história e de suas características, exige uma bateria de testes adequada. Quando se trata de criança, pensamos que, na maior parte dos casos, é melhor utilizar como primeiro instrumento, a hora de jogo. Essa possibilita o incremento da aliança com tal paciente, e também, uma provável diminuição de sua ansiedade, especialmente no caso de ser nosso primeiro contato com ela.

Após as entrevistas realizadas e os testes aplicados devidamente interpretados, poderemos, de posse das informações, finalizar o processo com a entrevista de devolução.

Devolução

Partindo da definição de entrevista de devolução de Ocampo e Arzeno (1981) que referem ser essa uma "comunicação verbal discriminada e dosificada dos resultados do processo" (p.315), o psicólogo deve ter a sensibilidade necessária para determinar o que pode e o que não pode ser dito. Pensamos que o profissional deve devolver tudo o que é possível aos pacientes que se submeteram ao psicodiagnóstico – bem como a seus responsáveis, quando for o caso – e que venha em benefício deles.

A entrevista de devolução é aquela na qual o psicólogo transmite às pessoas envolvidas no psicodiagnóstico a compreensão obtida durante o processo. Nos casos de crianças, adolescentes ou adultos que não estejam em condições de responder por seu

processo, a devolução deve acontecer em, no máximo, dois encontros. Quando se tratar de um adulto que contratou seu próprio psicodiagnóstico, a entrevista de devolução é realizada apenas para ele, de forma individual.

De acordo com o momento de vida do paciente, a devolução deve ser feita de forma diferente. No caso de adolescentes, pensamos que eles devam receber a devolução antes de seus pais, os quais receberão logo após. Entendemos que o adolescente merece esta especial atenção justamente considerando o momento de vida pelo qual está passando. Sua presença na devolução a seus pais é importante para que minimize a possibilidade de haver uma dissociação no sistema familiar. Pelo mesmo motivo, entendemos que a criança deve receber a devolução com seus pais.

Para que a entrevista de devolução seja bem-sucedida, é imprescindível que tenhamos um conhecimento profundo do caso, uma vez que, sendo esta a última entrevista do processo, devemos ter as respostas para as perguntas iniciais (motivo da busca) do psicodiagnóstico.

Para a realização da entrevista de devolução é preciso ter um roteiro previamente definido, mas que deve ser flexível para atender à demanda das pessoas envolvidas. Devemos iniciá-la retomando o motivo do psicodiagnóstico e, a partir daí, paulatinamente informar os aspectos adaptativos do paciente e, posteriormente, os menos adaptativos – ou até patológicos, sempre sendo sensíveis à tolerância das pessoas envolvidas em ouvir o que está sendo dito. Ao psicólogo cabe fazer a discriminação dos aspectos sadios e dos menos sadios do paciente e, de posse das informações de cada situação, é dele a responsabilidade do que pode ou não ser comunicado.

Entendemos que os aspectos sadios devem ser retomados ao longo da devolução uma vez que isto possibilita ao paciente e seus responsáveis identificar seus aspectos saudáveis para lidar

com os menos saudáveis. Ao término desta entrevista, o psicólogo deve dar o encaminhamento necessário ao caso.

A entrevista de devolução configura a finalização de todo um processo no qual muitos conteúdos foram abordados. Como psicólogos somos depositários de histórias de vida complexas e sofridas. Muitas vezes passamos a ser guardiões de segredos que, caso sejam revelados, podem tirar uma família de sua funcionalidade. Isso evidencia nossa imensa responsabilidade ao aceitar o papel de ajuda a uma pessoa ao realizar o psicodiagnóstico.

Referências bibliográficas

ABERASTURY, A. *Psicanálise da criança – teoria e técnica*. Porto Alegre: Artmed, 1992.

CUNHA, Jurema. *Psicodiagnóstico-V*. Porto Alegre: Artmed, 2000.

FREUD, S. *O início do tratamento*. (1913) Obras completas. Madrid (Espanha): Editorial Biblioteca Nueva. 1981.

OCAMPO, M. L. S. & ARZENO, M. E. *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. São Paulo: Martins Fontes, 1981.

TRINCA, W. *Diagnóstico Psicológico – a prática clínica*. São Paulo: EPU, 1984.

Parte 7

(Con)textos Especiais

Entrevistas Retrospectivas: Autópsia Psicológica

Blanca Susana Guevara Werlang
Mônica Medeiros Kother Macedo
Nelson Asnis

O profissional da área da Saúde Mental, quando entrevista uma pessoa, deve ter em mente que está diante de um indivíduo semelhante a ele, mas também está diante de um sujeito diferente com características, peculiaridades e contexto situacional próprio. A sua formação profissional e a bagagem teórica serão fundamentais para norteá-lo a alcançar uma compreensão da situação que se apresenta. A procura direta ou indireta de auxílio mostra que há, de alguma forma, um sofrimento ou uma situação mal resolvida que exige do profissional uma ação de acolhimento, ajuda, compreensão e/ou orientação que possibilite ao entrevistado encontrar forças e condições para enfrentar sua problemática.

Entrevistar, indagar, coletar dados, interagir, intervir, escutar não são tarefas fáceis. Investigar e ouvir histórias pessoais que se expressam na maior parte das vezes por meio de palavras carregadas de dor certamente é um trabalho árduo que exige do profissional, além de competência, uma atitude de cuidado, preocupação e respeito para com o entrevistado.

Na atividade clínica, sem dúvida, um dos principais desafios é realizar julgamentos clínicos, de forma segura e profunda, a respeito do sujeito que se está avaliando. Entretanto, a verdade absoluta é algo inatingível, principalmente quando se trata da compreensão do ser humano. Pode-se dizer, então, que o julgamento clínico é compatível com uma probabilidade alicerçada

em parâmetros científicos, baseado nos pilares teóricos, fundados em hipóteses e observações sobre um determinado número de pessoas, sem esquecer que cada nova demanda desvenda, também, um novo funcionamento específico para esse indivíduo. No julgamento clínico é imprescindível constatar o que está errado ou certo, o que está funcional ou disfuncional, os sucessos ou insucessos, mas sempre levando em conta a individualidade, os valores culturais e a liberdade de escolha do sujeito em questão. Esse é um cuidado fundamental que o profissional deve ter: saber equilibrar a sua capacidade para detectar e identificar sinais e sintomas de representatividade clínica sem perder de vista a sensibilidade de compreender o que significa aquele sintoma para quem o vive e experiencia. Desta maneira, se a avaliação direta de um sujeito já é uma atividade complexa, o que dizer da avaliação baseada na análise de dados e fatos circunstanciais (emitidos por terceiros) relacionados a um determinado indivíduo, que não pôde se submeter ao exame direto, por falecimento?

Uma vez que a pessoa morre, enfrentamos a impossibilidade concreta de estabelecer um diálogo com ela. Entretanto, há uma maneira científica de colher informações da vida de um falecido, por intermédio de entrevistas retrospectivas. No fim dos anos cinqüentas, nos Estados Unidos, o médico forense Theodore Curphey, na época, chefe do condado de Los Angeles enfrentou dificuldades em distinguir mortes acidentais das mortes por suicídio. Em função disso solicitou aos técnicos do Centro de Prevenção do Suicídio (CPS) dessa cidade ajuda especializada para investigar casos de morte duvidosa. Shneidman, Farberow e Litman (1969), como integrantes desse Centro, passaram, a prestar assessoramento aos médicos forenses e em casos duvidosos realizavam o método de autópsia psicológica, para obter informações psicológicas valiosas e poder classificar com maior precisão o registro de suicídio no certificado de óbito.

É possível, então, chegar à compreensão de uma morte por suicídio, por meio de entrevistas ou exames retrospectivos. Esse tipo de avaliação tem permitido identificar pistas diretas ou indiretas relacionadas ao comportamento letal que estava por vir. Pela "autópsia psicológica", pode-se compreender os aspectos psicológicos de uma morte específica. Esse recurso, que tem como finalidade reconstruir a biografia da pessoa falecida, tem auxiliado legistas (CURPEY, 1969; SHNEIDMAN & FARBEROW, 1969; SELKIN & LOYA, 1979; CLINE & WILLCOX, 1988) e profissionais da área do direito penal e cível (BERMAN, 1993; LITMAN, 1987, 1989; SELKIN, 1994; JACOBS & KLEIN, 1993; JACOBS & KLEIN-BENHEIN,1995; ANNON, 1995; SHNEIDMAN, 1999), podendo contribuir também para a identificação de fatores de risco e correlatos sociodemográficos do suicídio.

Talvez seja oportuno lembrar algumas considerações de Freud (1969a), em seu artigo de 1937 – "Construções em análise" –, em que discutiu a técnica analítica quanto às vicissitudes para alcançar uma "verdade" ou para a transformação de uma conjetura em convicção. Para isso, comparou o trabalho do arqueólogo nas suas escavações com o do analista, interpretando o paciente em tratamento. De certa forma, o raciocínio implícito pareceria poder se aplicar também às diferenças observadas entre as avaliações diretas e as retrospectivas. Segundo Freud (1969a), o processo de reconstrução do analista é parecido com a escavação do arqueólogo. Ambos reconstroem por meio da "suplementação e da combinação dos restos que sobreviveram", e os dois "estão sujeitos a muitas das mesmas dificuldades e fontes de erro" (p.293). Contudo, a diferença fundamental é de que o material à disposição do analista "não é algo destruído, mas algo que ainda está vivo" (p.293). Neste sentido, o arqueólogo trabalha na reconstrução de objetos, dos quais, salvo circunstâncias especiais, grandes e importantes partes se perderam. Entretanto, o "objeto psíquico",

que o analista busca recuperar, está com os "elementos essenciais preservados; mesmo coisas que aparentemente estão esquecidas estão presentes, de alguma maneira em algum lugar, e simplesmente foram enterradas e tornadas inacessíveis ao indivíduo" (p.294). Em outras palavras, enquanto a reconstrução, para o arqueólogo, é o objetivo final de seus esforços, para o analista é apenas um trabalho preliminar. Torna-se fundamental neste processo, a forma como o paciente agirá sobre o material recuperado e oferecido a ele a partir da análise. Para Freud (1969a), reações de piora da sintomatologia do paciente, ao contrário do que poderíamos imaginar, estariam a sugerir a adequação das construções e, ao contrário, a falta de mudança dele poderia demonstrar uma possível incorreção da construção obtida.

No trabalho retrospectivo, a abordagem é um pouco diversa, porque o interesse é de reorganizar aquilo que é lembrado quanto à vida do objeto de estudo. Da mesma maneira que, no caso do arqueólogo e do analista, existe uma margem de erro tanto na avaliação direta como na retrospectiva. Então, no caso da avaliação retrospectiva, a precisão dos dados ainda é mais duvidosa pela possível vulnerabilidade à tendenciosidade tanto do/s informante/s quanto do entrevistador. Neste último caso (entrevistador), essa vulnerabilidade será tanto maior, quanto menor for a familiaridade do profissional com o funcionamento psicológico normal e patológico e a sua sensibilidade a situações clínicas.

Em função disso, vários estudos (RUDESTAM, 1979; BESKOW *et al.*, 1990; CLARK & HORTON-DEUTSCH, 1992; HAWTON *et al.*, 1998) apontam para a necessidade de treinamento e formação especial para os entrevistadores (profissionais da área da saúde mental), além da indispensável qualificação e experiência clínica, considerando que os informantes (familiares, amigos ou conhecidos) certamente estão angustiados, culpados, bravos e/ou perplexos a respeito da morte,

precisando, muitas vezes, explicar o fato à sociedade, representada, no momento, pelo entrevistador.

A autópsia psicológica é um procedimento complexo que tem como finalidade reconstruir a biografia da pessoa falecida (história clínica completa) por meio de entrevistas com terceiros, comumente chamados de informantes (cônjuge, filhos, pais, amigos, professores, médicos, etc.) e da análise de documentos (pessoais, policiais, acadêmicos, hospitalares, auto de necropsia, etc.). Jacobs & Klein (1993) enfatizam que o método de autópsia psicológica está baseado e/ou enfoca o elemento que está faltando: a intenção do morto em relação a sua própria morte.

Shneidman, Farberow e Litman (1969) enfatizam que *o sine qua non* do suicídio é a intenção de autodestruir-se, e essa intenção pertence ao domínio psicológico. As avaliações retrospectivas possibilitam identificar comunicações prévias da intenção de se matar do falecido. Assim, sabe-se que 75% (LITMAN, 1996) ou 90% (SHNEIDMAN, 1994) dos casos comunicam previamente a intenção suicida a familiares e amigos. Para os estudiosos do suicídio a intencionalidade parece ser o elemento decisório para determinar esse modo de morte. É necessário, então, que haja uma pressuposição ou um julgamento da intenção, que reflita o papel do morto na sua própria morte (WERLANG & BOTEGA, 2002).

Litman (1987,1988) considera, também, que o essencial para determinar se uma morte foi por suicídio ou não é clarear a intenção da vítima, identificando se a pessoa compreendia (tinha em mente) que, por meio de seu ato autodestrutivo, acabaria com sua existência física. Afirma que, quando a própria morte está sendo usada instrumentalmente para resolver problemas de vida, estamos diante de um suicídio.

A autópsia psicológica busca então, retrospectivamente, fazer uma reconstrução da história do indivíduo. A história, no seu sentido mais amplo, engloba a história de morte de

familiares, eventos psicossociais, ambientais, médicos, psiquiátricos, psicológicos do sujeito, sua personalidade e estilo de vida, além de conteúdos ou indícios psicodinâmicos que se associam com morte (WERLANG, 2001; WERLANG & BOTEGA, 2002). Informações dessa natureza vão dar subsídios para responder à pergunta "Por quê?", ou seja, quais eram os seus motivos para desejar morrer? Shneidman, já em 1969, afirmava que "a autópsia psicológica não é nada mais que uma reconstrução das motivações, da filosofia, da psicodinâmica e das crises existenciais de um indivíduo" (p.240). Nesse caso, poderíamos entender motivação como uma "força que impulsiona a pessoa a agir para satisfazer uma necessidade. Implica um incentivo ou desejo que influencia a vontade e causa da ação da pessoa" (FREEDMAN, KAPLAN & SADOCK, 1975, p. 2.596).

Motivação para Werlang e Botega (2002) é um construto, explorado exaustivamente pela escola psicanalítica, ainda que não exclusiva dessa corrente de pensamento. Trata-se de uma força hipotética, que é representada, "subjetivamente, por pensamentos e sentimentos e, objetivamente, por uma tendência para certos tipos de ação" (MACKINNON & MICHELS, 1981 p.64). Uma vez que as motivações resultam da interação de vários fatores, tanto intrapsíquicos, como familiares e socioculturais, constituem uma área de difícil avaliação, ainda que de importância fundamental para uma autópsia psicológica.

Cline & Willcox (1988) salientam que, quando há o encargo de provar se uma morte foi por suicídio, além de demonstrar a intenção (consciente) do falecido, é fundamental também analisar as características psicossociais da vítima, para identificar o/s motivo/s que, ao longo da vida, auxiliaram a estruturar a saída suicida. A autópsia psicológica possibilita reconstruir o estilo e a história do falecido, permitindo ao *expert* determinar por que a vítima fez o que fez. Este aspecto (motivação) é de

extrema importância para o profissional que precisa emitir um parecer e/ou convencer especialmente juízes e/ou júris de que o falecido tinha motivo/s para morrer e para fazê-lo intencionalmente. Sem a identificação do/s motivo/s psicossociais, poucas defesas sobre mortes por suicídio terão sucesso.

Além disso, é necessária a investigação de fatores predisponentes recentes (imediatos), que vão revelar, certamente, fatores estressantes e precipitantes, que permitirão responder à pergunta "O que aconteceu antes da morte que pode ter alguma relação com o fato?" (WERLANG, 2001).

Shneidman (1969, 1981, 1999) sugere, ainda, ser necessário identificar o grau de letalidade (de que a pessoa morreu?), que é sinônimo de suicidalidade e que é alimentado por um estado mental perturbado, por uma dor psíquica que a vítima considerou intolerável. Letalidade seria a possibilidade de um indivíduo específico se matar, ou seja, acabar morto num futuro imediato, hoje, amanhã, no próximo dia, mas não no próximo mês. É possível classificar a letalidade como alta quando o morto definitivamente queria morrer (intencionalidade) e quando desempenhou um papel consciente direto em sua própria morte (letalidade). A morte, então, é devida ao desejo ou vontade abertamente consciente do sujeito de estar morto, concretizado por suas ações de levar adiante aquele desejo. No grau de letalidade média, o morto desempenhou um papel importante em efetuar ou apressar sua própria morte, a morte foi devida em parte a ações (negligência consigo mesmo, imprudência, descumprimento de regime médico) do morto, nas quais ele desempenhou algum papel parcial, coberto ou inconsciente, para apressar sua própria morte. No grau de letalidade baixa, o sujeito desempenhou um papel pequeno, mas não insignificante, em efetuar ou apressar sua própria morte; de certa forma é o mesmo que a letalidade média, mas num grau muito menor. Já na letalidade ausente, o sujeito não desempenhou nenhum

papel em efetuar a sua própria morte. Esta foi devida inteiramente a um ataque de fora do corpo ou a uma falha dentro do corpo (em um morto que desejava continuar vivo).

Há quatro constructos subjacentes à estratégia da autópsia psicológica: fatores estressantes e/ou precipitadores, motivação, letalidade e intencionalidade. A motivação poderá ser compreendida pela identificação das razões psicológicas para morrer, enraizadas na conduta, no pensamento, no estilo de vida e na personalidade como um todo. A avaliação do grau de lucidez, ou seja, do papel consciente do próprio indivíduo, no planejamento, na preparação e objetivação da ação autodestrutiva, estabelecerá a intenção do sujeito. O grau de letalidade será medido pela identificação da escolha do método. Os fatores estressantes e/ou precipitadores são os fatos ou circunstâncias que acionariam o último empurrão para o suicídio.

Certamente com a exploração desses quatro aspectos ou construtos é possível desenvolver uma avaliação retrospectiva. A importância ou contribuição de estratégia clínica pode ser sintetizada em dois níveis:

a) as entrevistas retrospectivas possibilitam determinar as características psicológicas do falecido, permitindo não só clarear o próprio ato do sujeito, distinguindo-o de uma situação de homicídio ou acidente, mas também permitem contribuir para a identificação de fatores de risco e correlatos sociodemográficos do suicídio e,
b) do ponto de vista clínico, fornece apoio psicológico com efeito terapêutico aos sobreviventes, em especial, aos familiares do suicida, auxiliando-os a lidar com uma fase de grande instabilidade emocional, em função do impacto emocional provocado pelo inesperado do acontecimento, pela mudança brusca do real cotidiano, posteriormente complicado por tabus socioculturais da rede de apoio social e da sociedade mais ampla. E, mesmo que alguns suicídios tenham sido, de algum modo, "anunciados" por pistas reconhecidas e freqüentemente negadas, a morte impõe sua presença violenta, drástica, provocando choque e "descrença", gradualmente substituídas por sentimentos de culpa, raiva, rejeição, confusão, que aparecem em graus variados.

Neste sentido evidencia-se o aspecto terapêutico da entrevista com os familiares ou pessoas próximas ao falecido. Ao proporcionar que se fale de aspectos referentes a quem morreu, abre-se, também, um espaço de acolhimento para sentimentos de dor e, como ocorre com freqüência, para escutar e respeitar sentimentos de raiva ou vergonha daquele que está vivo.

A entrevista em retrospectiva, além de possibilitar o conhecimento de aspectos fundamentais na compreensão do que ocorreu com aquele que já não está, quando conduzida por um profissional capacitado na técnica de escutar, abre reais possibilidades terapêuticas e preventivas de novas situações de dor psíquica, podendo também, colaborar para uma melhor elaboração do árduo processo de luto dos que ficaram.

Referências bibliográficas

ANNON, J. S. The Psychological Autopsy. *American Journal of Forensic, Psychology, 13,* 39-48, 1995.

BERMAN, A. L. Forensic suicidology and the psychological autopsy. In A. A. Leenaars (Ed.). *Suicidology essays in honor of Edwin S. Shneidman* (pp. 248-266). Northvale: Jason Aronson, 1993.

BESKOW, J., RUNESON, B. & Åsgård, U. Psychological Autopsies: methods and etics. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 20, 4,* 307-323, 1990.

CLARCK, D. C., & HORTON-DEUTSCH, S. L. Assessment in absentia: the value of the Psychological Autopsy Method for studying antecedents of suicide and predicting future suicides. In R. W. Maris, A. L. Berman, J. T. Maltsberger, & R. I. Yufit, (Eds.), *Assessment and prediction of suicide* (pp. 144-182). New York: Guilford Press, 1992.

CLINE, J. S., & WILLCOX, J. R. Defense of a suicide case. In J. L. Nolan (Ed). *The suicide case: investigation and trial of insurance claims* (pp. 13-31). Chicago: Tort and insurance practice section American Bar Association, 1998.

CURPHEY, T. J. El especialista en ciencias sociales en la configuración médico legal de la muerte por suicidio. In N. L. Farberow, & E. S. *Shneidman ¡Necesito ayuda! Un estudio sobre el suicidio y su prevención* (pp. 128-135). México: La Prensa Médica Mexicana, 1969.

FREUD, S. Construções em análise. In: S. Freud *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.* Rio de Janeiro: Imago, v.XXIII, p.290-304, 1969a.

HAWTON, K., APPLEBY, L., PLATT, S., FOSTER, T., COOPER, J., MALMBERG, A., & SIMKIN, S. The psychological autopsy approach to studying suicide: a review of methodological issues. *Journal of Affective Disorders, 50,* 269-276, 1998.

JACOBS D., & KLEIN, M. E. The expanding role of psychological autopsies. In A. A. Leenaars (Ed). *Suicidology essays in honor of Edwin S. Shneidman* (pp. 209-247). Northvale: Jason Aronson, 1993.

JACOBS, D., & KLEIN-BENHEIN, M. The Psychological Autopsy: a useful tool for determining proximate causation in suicide cases. *Bull Am Acad Psychiatry Law, 23,* 165-182, 1995.

LITMAN, R. E. Mental disorders and suicidal intention. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 17,* 85-92, 1987.

LITMAN, R. E. Psychological autopsies, mental illness and intention in suicide. In J. L. Nolan (Ed). *The suicide case: investigation and trial of insurance claims* (pp. 69-82), Chicago: Tort and insurance practice section American Bar Association, 1988.

LITMAN, R. E. Psychological Autopsies. *Journal of Forensic Issues, 34,* 638-646, 1989.

LITMAN, R. E. Suicidology: a look backward and ahead. *Suicide and Life-Threatening Behavior,* 26, 1, 1-17, 1996.

MACKINNON, R. A. & MICHELS, R. *A entrevista psiquiátrica na prática diária.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.

RUDESTAM, K. E. Some notes on conducing a psychological autopsy. *Suicide and Life-Threatening Behavior,* 9, 3, 141-144, 1979.

SELKIN J. Psychological autopsy: scientific psychohistory or clinical intuition? *American Psychologist,* 74-5, Janeiro, 1994.

SELKIN, J., & LOYA, F. Issues in the Psychological Autopsy of a controversial public figure. *Professional Psychology, 10,* 87-93, 1979.

SHNEIDMAN, E. S. Suicide, lethality and the psychological autopsy. In E. S., Shneidman & M. Ortega. *Aspects of depression* (pp. 225-249). Boston: Little, Brown, 1969.

SHNEIDMAN, E. S. (1981). The Psychological Autopsy. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 11,* 325-340.

SHNEIDMAN, E. S. *Definition Of Suicide.* New Jersey: Aronson, 1994.

SHNEIDMAN, E. S. Perturbation and lethality: a psychological approach to assessment and intervention. In D. G. Jacobs (Ed). *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention* (pp. 83-97). San Francisco: Jossey-Bass, 1999.

SHNEIDMAN, E. S., & FARBEROW L. Investigaciones sobre muertes dudosamente suicidas. In Farberow N. L., & Shneidman E. S., (Ed). *¡Necesito ayuda! Un estudio sobre el suicidio y su prevención,* (pp. 136-147). México: La Prensa Médica Mexicana, 1969.

SHNEIDMAN, E. S., FARBEROW, L. & LITMAN, R. E. El Centro de Prevención del Suicidio. In N. L. Farberow, & E. S. Shneidman (Ed). *¡Necesito ayuda! Un estudio sobre el suicidio y su prevención* (pp. 6-19). México: La Prensa Médica Mexicana, 1969.

WERLANG, B. S. G. *Proposta de uma Entrevista Semi-Estruturada para Autópsia Psicológica em Casos de Suicídio.* Tese de Doutorado não publicada, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, 2001.

WERLANG, B. S. G. & BOTEGA, N. J. (2002).Avaliação retrospectiva (autópsia psicológica) de casos de suicídio: considerações metodológicas. *Psico*, 33, (1) 97-112, 2002.

Entrevista como Instrumento de Pesquisa

Maria Lucia Tiellet Nunes

Introdução

Há 3.500 anos, a escrita chinesa nasceu como se tivesse sido oriunda de entrevistas com os deuses. O rei escrevia suas perguntas aos deuses sobre um osso plano por meio do qual passava um ferro incandescente cujas ranhuras, produzidas pelo calor, eram lidas como respostas às questões (TERZANI, 2005). Hoje é dito que a nossa é uma "sociedade da entrevista", pois essa é forma mais usual de se obter informações (ATKINSON & SILVERMAN, 1997). A entrevista é um método atrativo ao pesquisador, como Denscombe (2003) o vê: não envolve complicado instrumental técnico e a técnica básica repousa numa habilidade que a maior parte dos pesquisadores possuem: a aptidão de conduzir uma conversação. Entretanto, alerta o autor, a coisa não é tão simples assim.

A entrevista tem por base a conversação e como tal é um evento social (BLAXTER, HUGHES & TIGHT, 2001), envolvendo perguntar ou discutir temas com os entrevistados, técnica mais acessível que a observação ou o uso de questionários; e é o instrumento metodológico favorito dos pesquisadores que utilizam a abordagem qualitativa de coleta e análise de dados (DENZIN & LINCOLN, 1994), mesmo não sendo prerrogativa ou exclusividade destes. Kerlinger (1980), em seu manual de pesquisa quantitativa, apresenta a entrevista como a maneira direta de se perguntar a alguém aquilo que se deseja saber.

Consoante com a perspectiva do livro, este capítulo discute a entrevista semi-estruturada como procedimento de coleta de dados. Além disso, trata também da análise de conteúdo como método de análise de entrevistas. Finaliza com considerações éticas.

A conversação é a forma mais universal de troca social que, entretanto, difere da entrevista de pesquisa porque esta se torna uma conversa mais formalizada e passa a ser mais ancorada em papéis sociais, tendo como foco o interesse da pesquisa. O objetivo do pesquisador é conhecido: obter falas daqueles que ele pressupõe capazes de ter o que dizer sobre o tema de seu projeto; do pesquisado, o objetivo é menos conhecido: mostrar-se bem, aprender algo sobre si mesmo, acabar logo com a tarefa. Tais objetivos distintos levam a uma falta de simetria entre os envolvidos, típica da entrevista de pesquisa (DELHOMME & MEYER, 2002).

Para efeitos de pesquisa, a entrevista semi-estruturada, então, é uma conversação – cujas condições são *a priori* explicitadas e aceitas – com um interlocutor do pesquisador que aceita esse princípio; o pesquisador pergunta e retém seu próprio ponto de vista, e deixa o pesquisado livre para organizar sua resposta (DELHOMME & MEYER, 2002).

A entrevista é uma possibilidade de acessar aquilo que uma pessoa tem em sua mente e que não é passível de observação direta: pensamentos, sentimentos, intenções, comportamentos que ocorreram no passado; ou seja, é possível, acessar a perspectiva de outra pessoa sobre diversos temas, com o pressuposto de que essa perspectiva é significativa, passível de ser conhecida e explicitada (PATTON, 1986).

Para Delhomme e Meyer (2002), a entrevista semi-estruturada é uma forma de comunicação direta entre pesquisador e pesquisado que se mantêm ligados ao longo da entrevista por três elementos em comum. Primeiro, a comunicação é

reativa e dinâmica, tendo em vista que o pesquisado forma uma representação da situação da pesquisa e das intenções do pesquisador; o que ocorre entre ambos é de caráter interacional no sentido de que os comportamentos de ambos guiam a própria pesquisa, de modo que não é tão fácil separar claramente a contribuição de um e de outro; a troca entre eles ocorre numa seqüência que não é estritamente planejada. Segundo, o veículo pelo qual se comunicam é a linguagem falada, mas as questões e respostas não são neutras, no sentido de que estão contextualizadas por um roteiro de questões. Terceiro, a entrevista mobiliza, em sua concepção e aplicação, técnicas codificadas e uma forma de relação social comum a outras atividades sociais banais, por isso o seu caráter de conversação semelhante – mas distinto – das conversas entre seres humanos, em geral.

Entrevista Semi-Estruturada

Por entrevista semi-estruturada define-se um conjunto de temas preparado antes da entrevista para vir a ser explorado com cada entrevistado. Tal roteiro serve como uma lista básica de questões a serem cobertas ao longo da entrevista de modo a garantir que todos os temas relevantes sejam trabalhados (BELL, 2003). Durante a entrevista, o entrevistador adapta tanto a forma de frasear as questões como a seqüência a formular com cada entrevistado. Isto é, o roteiro de entrevista serve para orientar o entrevistador que, entretanto, tem liberdade de explorar, experimentar, formular questões para elucidar, clarear algum tema ao longo da tarefa que tem a realizar com o entrevistado (PATTON, 1986).

Essa liberdade permite ao entrevistado falar daquilo que lhe é de significado central, mas em uma estrutura flexível que assegure ao entrevistador que os tópicos considerados cruciais para o estudo sejam cobertos, o que se constitui no

ponto ótimo entre o *continuun* de formalidade ou estrutura da entrevista (completamente estruturada, tipo questionário ou formulário que deve ser respondido verbalmente ou preenchido por escrito) até entrevista completamente informal ou livre ou, ainda, não estruturada (PATTON, 1986; DELHOMME & MEYER, 2002; BELL, 2003).

A formulação de questões

Perguntar é a maneira mais universal e direta de obter informações para compreender o que se deseja saber de parte do pesquisado.

Isso, segundo Delhomme & Meyer (2002), exige que certas condições sejam cumpridas: o pesquisado aceita responder às questões; compreende as questões; possui as informações ou é capaz de acessar a memória para obtê-las e está motivado; aceita responder sinceramente, é capaz de responder no enquadre previsto pelo pesquisador.

Para que possa responder, o pesquisado busca auxílio no conteúdo das questões, na seqüência com que são formuladas, com que vocabulário o pesquisador as apresenta, que verbos emprega; tudo isso são indicativos que auxiliam o pesquisado a construir uma representação dos objetivos da pesquisa à qual responde – daí a importância da construção do roteiro da entrevista.

É necessário que o pesquisador se ponha atento tanto para o conteúdo das questões como para sua formulação. Para que o pesquisado tenha condições de responder, as questões precisam ser livres de julgamento de valor ou de atribuição de causalidade, responsabilidade; as questões devem conter elementos que o pesquisado conheça ou se dirigir as suas opiniões, crenças, intenções comportamentais, ou ainda à declaração de comportamentos passados e atuais; podem propiciar ao entrevistado uma autodescrição ou a recordações de fatos.

Ainda Delhomme & Meyer (2002) orientam para que a formulação das questões envolva frases curtas, claras, simples com vocabulário preciso e adaptado ao nível de compreensão do entrevistado. Alertam para que se formule uma questão de cada vez – mais de uma deixa o entrevistado sem saber à qual responder; o pesquisado deve cuidar para que a questão não seja tendenciosa, pois a resposta não permite que, de fato, se conheça a percepção, os pressupostos do entrevistado; o uso de exemplos pode dificultar ao entrevistado que responda sem ficar preso ao conteúdo do exemplo.

Deve-se evitar o uso de termos técnicos, verbos negativos ou positivos, pois isso pode orientar a resposta; também deve ser cuidado tanto o uso de palavras muito carregadas emocionalmente ou aquelas extremas como nunca, sempre, ninguém.

A condução da Entrevista

Para poder conduzir com sucesso a entrevista, Denscombe (2003) elenca uma série de atividades. São elas; preparar o gravador; preparar a colocação de cadeiras ou poltronas com distância ótima – nem muito perto nem longe demais; iniciar com uma questão sobre a própria entrevista, de modo a recolocar o entrevistado no foco do trabalho e estimular de forma concreta para a tarefa. Para se certificar que a entrevista está ocorrendo no tempo e cobrindo os temas necessários, o entrevistador deve: estar atento para os pontos trazidos pelo entrevistado, manter-se capaz de ler nas entrelinhas, cuidar das incoerências, avaliar se as respostas estão em tom de desejabilidade social. E, para finalizar a entrevista, é conveniente perguntar ao entrevistado se ele deseja tratar mais alguma coisa que pense não tenha sido trabalhada; como a entrevista é uma forma de conversação social, é uma cortesia de parte do entrevistador agradecer ao entrevistado sua participação.

Valles (2003) lista uma série de táticas que o entrevistador utiliza para conduzir o entrevistado a se manifestar de forma motivada. Dentre elas é interessante destacar: animar por gestos ou expressões – hum, hum, sim... – e auxiliar a elaborar a verbalização – "E então? ou Há algo mais que você gostaria de dizer sobre isso?". Ou ainda, repetir, sem formular uma pergunta direta, expressões do entrevistado, de modo a fazê-lo continuar em sua narrativa. Muitas vezes, o entrevistado precisa recapitular parte do que o entrevistado já falou, buscar esclarecimento sobre algo que não compreendeu ou que parece contraditório. Também é necessário saber quando mudar de tema.

Todas essas maneiras de conduzir a entrevista dependem da capacidade empática do próprio entrevistador. Conforme Denscombe (2003), para obter um bom clima de trabalho numa entrevista, o entrevistador precisa estar atento ao entrevistado, sensível aos seus sentimentos, de modo a formular as questões e perguntá-las sem mobilizar demais o entrevistado. Tolera silêncios e procede em seu roteiro de temas de forma sutil, sem que a entrevista se transforme em um interrogatório. Precisa também usar de sutileza para checar incongruências e precisa manter-se livre de fazer julgamentos sobre o entrevistado e o que ele veicula.

Na realidade, desde seus trabalhos iniciais, vale para o trabalho de entrevistar o que Rogers (1942) propunha para o aconselhamento, isto é ser congruente, mostrar aceitação incondicional e empatia.

Análise de Conteúdo

Bardin (1977) desenvolveu um método para a análise dos conteúdos da comunicação de modo a descrevê-los e interpretá-los em nível de apreensão e entendimento dos significados, por

meio de um processo complexo de passos para além de uma leitura superficial. O método é útil para processar informações de documentos de comunicação – verbais e/ou não verbais – sejam elas derivadas de entrevistas, gravações, vídeos, depoimentos, entre outros.

Por intermédio de procedimentos de descrição exaustiva e intensa do conteúdo das entrevistas, é possível organizar o material produzido com todo o rigor científico, transformando-o de material verbalizado em categorias temáticas, passíveis de análise e interpretação. Deste modo, sob o esforço da interpretação, a análise de conteúdo pode oscilar entre o rigor da objetividade e a fecundidade da subjetividade, como acentua Bardin (1977), pois o pesquisador produz uma espécie de desmascaramento do que é dito, ou o que está subjacente à mensagem, mesmo não dito.

O processo permite obter indicadores quantitativos, se isso for de interesse do pesquisador. Entretanto, na pesquisa de cunho qualitativo, o pesquisador trabalha somente com a organização temática do material, quando seu interesse se volta para o estudo das características da mensagem propriamente dita, seu valor como informação, as palavras, idéias e os afetos nela expressos, o que se denomina de análise temática (MORAES, 1998).

A escolha do método de análise de conteúdo se constitui, juntamente com a análise etnográfica, nas abordagens mais reconhecidas para trabalhar e analisar dados obtidos a partir de métodos qualitativos (MORGAN, 1988).

Para realizar uma análise de conteúdo, seguindo o método proposto por Bardin (1977), é necessário organizar o material oriundo das entrevistas por meio de atividades seqüenciais que se constituem em: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Para que essas seqüências de tarefas sejam viáveis, as entrevistas gravadas são transcritas na íntegra e as gravações conservadas para manter intacta toda a informação. O próprio processo de transcrever as entrevistas, ainda que demande tempo, possibilita ao pesquisador penetrar nos conteúdos daquilo que os entrevistados verbalizaram. Se não é o pesquisador que realiza a transcrição, deve conferi-la. É necessário identificar cada entrevista, de preferência por número ou pelo nome fictício do entrevistado, de modo a preservar o sigilo sobre sua identidade. A partir da escolha das entrevistas que não apresentaram problemas técnicos, no sentido da gravação, o pesquisador passa a percorrer os passos preconizados por Bardin (1977).

A pré-análise

A pré-análise é o momento de organização do material, realizada por processo aberto e flexível composto por atividades não estruturadas, nas quais o pesquisador tem liberdade no exame das entrevistas, deixando-se invadir por impressões, por sua intuição, de modo a tomar contato, conhecimento das verbalizações dos pesquisados. Entretanto, esse contato deve levar a tornar operacionais as idéias iniciais, de maneira a sistematizá-las, conduzi-las a um quadro de referência que, ainda que flexível, necessita ser preciso. A *leitura flutuante* (BARDIN, 1977, p. 96), por analogia com a atenção flutuante da Psicanálise, permite o contato intuitivo e impressionista com as entrevistas nesse primeiro momento.

A *escolha dos documentos* significa que, pela leitura flutuante, pesquisador se dirige para uma ação condutora da constituição de um *corpus* – o conjunto dos documentos para serem submetidos aos procedimentos da análise de conteúdo, obedecendo as seguintes regras:

Regra da exaustividade: todos os elementos do *corpus* pertencem ao conjunto dos materiais a serem analisados e a regra de não-seletividade complementa a da exaustividade: nada pode ficar de fora.

Regra da representatividade: na pesquisa qualitativa não se trata da representatividade estatística, mas analítica. A análise pode se efetuar com poucos participantes, desde que sejam os sujeitos que possam tratar do tema de interesse da pesquisa; ou seja, são buscadas intencionalmente aquelas pessoas cuja informação é necessária para a compreensão daquilo que a pesquisa investiga. Quando se trabalha com análise de conteúdo quantitativa, então, é necessária a condição que o tratamento estatístico exige para estabelecer a representatividade estatística.

Regra da homogeneidade: os materiais devem ser homogêneos, isto é, devem ser mantidos critérios precisos de escolha dos materiais; tal regra é necessária, em especial, quando o interesse do pesquisador está em obter resultados globais ou comparar entre si os resultados individuais.

Regra de pertinência: as entrevistas precisam ser adequadas como fonte de informação para que possam dar conta do objetivo da pesquisa.

Tendo sido trabalhados, é possível *formular hipóteses* como afirmações provisórias a verificar, recorrendo aos procedimentos de análise. Nem sempre as hipóteses são estabelecidas quando da pré-análise. Também não é obrigatório construir hipóteses *a priori* para se proceder à análise. Algumas análises são realizadas sem hipóteses apriorísticas, mas derivam do que vai surgindo no material.

Com os materiais escolhidos e hipóteses formuladas – ou na espera de constituir hipóteses à medida que a análise do material se desenvolve – é tempo de buscar as unidades de conteúdo. Trata-se de trabalhar o texto em recorte, agregação e enumeração das verbalizações, por meio do que é possível

obter uma representação do conteúdo do que os entrevistados verbalizaram. Isso exige "a imersão do pesquisador no *corpus* do texto" (GASKELL, 2002, p. 85).

Ao trabalhar com as entrevistas, todo o material é lido e relido inúmeras vezes, sendo necessário marcar o texto, escrever comentários à margem, cortar porções do texto e colar em certa ordem (no computador ou em cartões ou fichas). Com isso o material é preparado para a etapa seguinte – de exploração.

A Exploração do Material

Com os recortes efetuados por unidades de registro (ou unidades de significado ou ainda unidades de sentido), seguindo a orientação de Bardin (1977), é possível explorar o material: procedendo à análise propriamente dita, ou seja, transformando os recortes, por um processo de agrupamento por semelhança de significados, em porções agrupadas em categorias iniciais às quais se pode dar um título, caracterizando os elementos comuns. Ou seja, as unidades são lidas inúmeras vezes e juntadas àquelas que se aproximam em seu significado. É necessário agrupar dados considerando a parte comum existente entre eles.

Assim, com um título provisório estão reunidas unidades que correspondem à categoria inicial. Para organizar as categorias, o critério pode ser semântico (categorias temáticas, por exemplo: todos os temas relativos à *transferência*), sintático (substantivos e verbos, por exemplo), léxico (por exemplo: sinônimos e dos sentidos próximos) e/ou expressivo (categorias que classificam perturbações de comportamento, por exemplo). Desse modo, a categorização isola os elementos e os classifica, fornecendo certa organização aos materiais.

O material de cada categoria inicial é lido e relido de modo que possa ser reagrupado em categorias mais abrangentes, pois

o esforço da análise é o de condensar, e assim obter as categorias intermediárias, com o mesmo processo de buscar elementos comuns. Mais uma vez, agora as categorias intermediárias são lidas, relidas e reordenadas, na tentativa de se conseguir dar origem às categorias finais, conforme a proposta de Bardin (1977).

Para exemplificar, observe-se o quadro abaixo desenvolvido por Abuchaim (2000) para os resultados de suas entrevistas com psiquiatras sobre tratamentos combinados; o material é derivado das entrevistas com aqueles psiquiatras que trabalhavam com a perspectiva psicodinâmica e que, se necessário, medicavam o paciente.

CATEGORIA INICIAL	CATEGORIA INTERMEDIÁRIA	CATEGORIA FINIAL
É um claro *continuum*/amálgama É preciso avaliar vários fatores Deve-se avaliar queixas e sintomas por critérios objetivos e subjetivos É uma questão pluridimensional É necessário avaliar a intensidade das exigências da vida e a adaptação do paciente ao mundo em que vive	Diferença entre saúde e doença mental	
Ausência de sintomas não necessariamente significa saúde O conceito de saúde varia nas diferentes etapas da vida Saúde mental resiste até certo grau de exigências da vida	Conceito de saúde mental	DOENÇA MENTAL
A doença também é um *continuum* Quanto mais sintomatologia e queixas, mais doente Quanto mais grave a doença, menor o efeito placebo	Doença mental	

Psiquiatras de Prática Integrada: Quadro de Categorias Iniciais, Intermediárias e Finais sobre Doenças Mentais

Outro exemplo é oriundo da pesquisa de Turkienicz (2003) sobre como os pais vivenciam a experiência de ter um filho na lista de espera aguardando a possibilidade de ser submetido a transplante hepático. As entrevistas examinadas por análise de conteúdo possibilitaram a organização das seguintes categorias.

Como categorias finais foram consteladas quatro: os pais e o transplante do filho; a criança pré-transplante; o hospital e a equipe médica; a família e a rede de apoio. A categoria *Os pais e o transplante do filho* foi composta pelas categorias intermediárias: ser doador; ter o filho na lista de espera; sofrimento emocional; abandono da vida pessoal dos pais; pai assume os cuidados; relação conjugal; relação dos pais com o trabalho; sobrecarga financeira. A categoria intermediária *Sofrimento emocional* foi composta pelas categorias iniciais: ter medos/ não ter medos, susto, insegurança, preocupações, tensão, tristeza, confusão, dor psíquica, desgaste emocional, agonia, manifestações físicas.

Na análise de conteúdo de entrevistas, uma vez que as categorias finais tenham sido geradas, a partir dos movimentos aqui explicitados, pode-se produzir um texto síntese, descritivo, que diga do conjunto de significados oriundos das diversas unidades de significado componentes das categorias finais.

Muitas vezes é útil, em todas as etapas do processo de análise de conteúdo, que o pesquisador possa ser acompanhado por juízes: de forma simultânea e independente, outros pesquisadores também fazem os recortes e buscam as categorias, com posterior conferência entre pesquisador e juízes. Outras vezes, o pesquisador só solicita o trabalho de juízes quando em dúvidas sobre os recortes ou a alocação deles em categorias. Com isso, busca-se a validade da pesquisa e de seus achados, aplicando de forma rigorosa as regras de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência.

O Tratamento dos achados, a inferência e a interpretação

Todo o trabalho anterior possibilita que o pesquisador possa executar a fase de interpretar os achados. Ao final as categorias construídas são tratadas sob a perspectiva de inferência e interpretação dos achados, usando-se por base a teoria de escolha. O que se busca são explicações para o objeto de estudo investigado. Esse tratamento permite que uma síntese das entrevistas depuradas em categorias seja apresentada de forma coerente com o referencial teórico adotado.

Por exemplo, a psicanálise pode ser a teoria de escolha para explicar os achados de uma pesquisa que usou a análise de conteúdo como forma de examinar entrevistas semi-estruturadas. Essa teoria é vista por Stoller (1993) como excelente ferramenta: "para estudar a subjetividade, nós ainda não temos nenhum instrumento tão poderoso quanto a psicanálise, a técnica mais delicada e incerta, na qual a subjetividade de uma pessoa é medida pela de outra" (p. 9).

Considerações Éticas

As considerações éticas envolvem o consentimento informado, o direito à privacidade e a proteção contra danos (DENZIN & LINCOLN, 2003). Embora o termo de consentimento não seja a única preocupação ética que o pesquisador deva ter com sua atividade, no contexto desse capítulo, esse tema será privilegiado.

Com raras exceções, "a divulgação de escritos, a transmissão da palavra, ou a publicação, a exposição ou a utilização da imagem de uma pessoa..." (p. 20) necessitam de sua autorização, conforme consta Dos Direitos da Personalidade no Códi-

go Civil (Brasil, 2002). E também o sigilo da informação é garantido pelo Código Penal, em seu artigo 154 (Souza, 2003). Assim, para a realização de entrevistas de pesquisa, é imprescindível o consentimento do entrevistado.

O consentimento informado tem por base o princípio bioético do respeito pela pessoa nos seus valores fundamentais, reconhecendo a autonomia do entrevistado (Relatório Belmont, 1978, citado por REICH, 1995).

O uso do termo de consentimento é obrigatório na pesquisa e está regulamentado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1996) e pelo Conselho Federal de Psicologia (2000). O uso do termo de consentimento é para Clotet, Goldim e Francisconi (2000) uma condição indispensável da relação pesquisador-pesquisado, explicitando, portanto, atitude eticamente correta.

Referências bibliográficas

ABUCHAIM, C. M. *A importância das concepções de psiquiatras de diferentes orientações teóricas sobre a combinação de tratamentos psicodinâmnicos e farmacológicos*.Dissertação de Mestrado em Psicologia Social e Personalidade. Não publicada. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) Porto Alegre, 2000.

ATKINSON, P. & SILVERMAN, D. (1997). Kundera's *immortality*: the interview society and the invention of the self. Qualitative inquiry, 3, 304-325.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

BELL, J. *Doing your research Project*. Philadelphia: Open University Press/MCGraw Hill House, 2003.

BLAXTER L., HUGHES, C. & TIGHT, M. *How to do research*. Berkshire, England: Open University Press, 2001.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196. *Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. 1996.

Brasil. *Novo Código Civil*: lei n. 10.406, de 10.01.2002. São Paulo: Atlas, 2002.

CLOTET, J. ; GOLDIM, J. R. & FRANSISCONI, C. F. *Consentimento informado e a sua prática na assistência e pesquisa no Brasil*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2000.

Conselho Federal de Psicologia. Resolução n. 16. Dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos. 2000.

DELHOMME, P. & MEYER, T. *La recherche em psychologie sociale-Projects, méthodes et techniques*. Paris: Armand Colin/ VUEF, 2002.

DENSCOMBE, M. The good research guide for small scale social research projects. Berkshire, England: Open University Press, 2003.

DENZIN, N. K. & LINCOLN, Y. S. Handbook of qualitative research. California: SAGE, 1994.

_____ Collecting and interpreting qualitative materials. California: SAGE, 2003.

GASKELL, G. *Entrevistas individuais e grupais*. M. W. Bauer e G. Gaskell. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. p. 64-89

KERLINGER, F. N. Metodologia da pesquisa em ciências sociais-um tratamento conceitual. São Paulo: E.P.U./EDUSP, 1980.

MORAES, R. Uma experiência de pesquisa coletiva: introdução à análise de conteúdo. M.C. Grillo; M. F. Medeiros. (org.). A construção do conhecimento e sua mediação metodológica. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1998. p. 111-129.

MORGAN, D. L. Focus group as qualitative research. Newbury Park, California: Sage 1988.

PATTON, Michel Quinn. Qualitative evaluation methods. Beverly Hills: Sage, 1986.

REICH, W. T. (Ed.). Encyclopedia of Bioethics. Revised Edition. New York: Macmilliam, 1995.

ROGERS, C. R. Counseling and psychotherapy. Boston, Houghton Mifflin, 1942.

SOUZA, N. T. C. Responsabilidade civil e penal do médico. São Paulo, Campinas: LZN Editora, 2003.

TURKIENICZ, D. A experiêcia dos pais de pacientes à espera de transplante hepático infantil. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Não publicada. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) Porto Alegre, 2003.

STOLLER, R. Masculinidade e Feminilidade: apresentações do gênero. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

TERZANI, T. Um adivinho me disse-Viagens pelo misticismo do Oriente. São Paulo: Globo, 2005.

VALLES, M. S. Técnicas cualitativas de investigación social. Madrid: Síntesis, 2003.

Parte 8

(Con)textos de Instituições

Entrevista na Escola

Jacqueline Poersch Moreira

Desenvolver o tema entrevista psicológica no âmbito escolar leva-nos a pensar na técnica para cujos aspectos o psicólogo precisa estar atento a fim de atingir seus objetivos. No entanto gostaria de salientar que o uso desse importante instrumento de trabalho do psicólogo sofrerá profunda influência da visão que esse profissional possui do trabalho em escola, do entendimento teórico que ele faz dessa realidade.

Quero dizer com isso que os pontos que escolherei para discorrer e as idéias que desenvolverei sobre cada um deles, estão impregnados de uma visão em psicologia escolar e uma prática, que privilegiou um entendimento institucional, ou seja, sempre por meio de cada intervenção, o olhar é para o todo – as relações que se estabelecem desde direção, professores, funcionários, alunos, pais e profissionais da comunidade escolar.

Segundo Fé & Bethencourt (1992), o objetivo é criar ambientes de ensino-aprendizagem mais sadios, com estratégias que permitam ajustar variáveis do aluno, do professor, da tarefa, da família e da escola. Essa perspectiva substitui o modelo de mudanças do sujeito (quase sempre o aluno) por outro de olhar e mudança sistêmicos. Começo apontando aspectos mais gerais da entrevista na escola, que fazem parte dos cuidados que devemos ter no uso da técnica.

A sala onde será realizada deve preservar o sigilo, ou, no mínimo, em função da precariedade de alguns ambientes escolares, ser um lugar reservado, no qual o que for conversado não seja compartilhado. Poltronas ou cadeiras confortáveis, iluminação adequada e espaço compatível para o conforto do

entrevistador e entrevistado(s) seria o ideal. Os recursos à disposição podem incluir brinquedos, material para desenho e sucata.

A condução mais adequada em escola, tendo em vista os objetivos do trabalho preventivo e pontual é a semidirigida, receptiva e participativa, ou seja, quem é chamado ou procura o psicólogo escolar, traz ansiedade, não está procurando tratamento emocional e, muitas vezes, terá somente aquele momento com o profissional de saúde. Por isso, a atitude de receptividade, empatia é fundamental para que possamos atingir os objetivos. É preciso proporcionar momentos de livre expressão de sentimentos e situações, direcionando também para o foco e objetivo do encontro.

Há um roteiro que sempre orienta a entrevista na escola:

1) Esclarecer objetivos e tempo de duração do encontro, bem como quem é o entrevistador.
2) Colher dados, incentivar a expressão de sentimentos e percepções.
3) Fornecer informações e observações que a escola possui.
4) Dar orientações (aconselhamento).
5) Encaminhar para atendimento com profissionais de fora da escola (psicólogo clínico, médicos de várias especialidades – psiquiatra, pediatra, neurologista (citando os mais freqüentes), fonoaudiólogo, psicopedagogo). Claro que esta etapa pode ou não ocorrer, conforme a necessidade.
6) Planejar a continuidade do processo de acompanhamento da situação escolar específica.

O trabalho do psicólogo escolar mais do que proporcionar mudanças pessoais aspira influir sobre a estrutura, o contexto e o desenvolvimento de professores e alunos, bem como de administradores, pais e outros profissionais da comunidade educativa, otimizando o processo e os resultados do ensino-aprendizagem (FÉ & BETHENCOURT, 1992);

A entrevista psicológica no contexto escolar, então, torna-se um dos instrumentos importantes por meio do qual vamos recolher dados fundamentais para o entendimento e encaminhamentos necessários. Essa intervenção é uma rotina do trabalho do psicólogo que acompanha o processo de ensino-aprendizagem. A rotina à qual me refiro é aquela que passa pela formulação de uma "queixa", termo que coloco entre aspas, e que nada mais é do que uma preocupação referida por um professor a respeito do processo de um aluno considerando sua aprendizagem e/ou relacionamento com colegas e professores.

O psicólogo que recebe esta "queixa" é aquele que circula entre os alunos e professores, fazendo suas observações atentas e que nesse momento também utilizará a entrevista para compor seu entendimento e planejamento da continuidade do processo.

A entrevista psicológica, propriamente dita, será realizada com quem está diretamente implicado na "queixa" – o aluno. Conforme a faixa etária dele a condução do processo e os recursos utilizados poderão variar atendendo às particularidades de cada situação.

Na educação infantil (2 a 6 anos) uma característica observada refere-se ao fato de as crianças dificilmente solicitarem algum momento com o psicólogo. Já no ensino fundamental (7 a 14 anos), o aluno pode além de ser chamado pelos professores, procurar espontaneamente por ajuda. O processo de diagnóstico implicará momentos com os pais e professores, bem como com profissionais de fora da escola, quando necessário. Podemos ressaltar aqui uma linha para a intervenção, ordenada propositalmente da seguinte forma:

1. Assessoria sistemática ao professor

O psicólogo utiliza-se da observação em todos os contextos por onde o aluno circula: a sala de aula, o pátio, a entrada e saída da escola, as aulas especializadas (Música, Educação Física...). Com freqüência combinada com o professor, reúnem-se ele e o psicólogo escolar. É uma entrevista cujo objetivo é

acompanhar o trabalho deste professor. Segundo Fé e Bethëncourt (1992), é um processo colaborativo de resolução de problemas entre um especialista em saúde mental e outra pessoa que também é responsável por algum tipo de ajuda. Trata-se de uma relação voluntária entre profissionais de campos diversos que se ajudam em seu exercício profissional.

Aqui se salientam aspectos compreensivos para com o professor e para com o grupo e traçam-se caminhos.

É o processo de "Pense e volte" que Terezinha L. de Albuquerque (1986) desenvolveu e relatou em seu trabalho de acompanhamento psicológico a professores, ou seja, o profissional da sala de aula reflete na assessoria e retorna ao contato com os seus alunos.

Sugiro que essa entrevista parta sempre da visão que o professor possui do grupo de alunos, passando a seguir, para a observação mais individual com relação aos que chamam a atenção ou preocupam. Geralmente o psicólogo examina com o professor os alunos no que se refere a relacionamento com colegas e adultos, aspectos de compreensão geral, tolerância à frustração, atitudes com relação a limites e desafios lançados e potencialidades. Enfoca-se, nesses momentos, o processo de auto-avaliação do professor e a capacidade de reflexão, crítica e ação diante das situações da rotina em aula.

Assim o professor retorna da assessoria, tendo discutido sua relação com o grupo e pensado estratégias de intervenção, bem como tendo se preparado para elas.

Como exemplo, cito o caso de um aluno de 7 anos (1ª série do Ensino Fundamental) que se apresentava muito agressivo e agitado em aula. A professora "não sabia mais o que fazer". Na assessoria discutiu com a psicóloga, o que já havia tentado e seus sentimentos com relação ao aluno – sua tolerância estava muito pequena, com capacidade diminuída de aproximação mais afetiva (Processo "Pense").

Na entrevista com os pais, a psicóloga pôde ouvir a história do aluno. Essa professora se mobilizou e entendeu aspectos do comportamento dele, passando a aproximar-se de forma menos resistente e mais receptiva (Processo "Volte"). A idéia desenvolvida, aqui, tenta indicar que as entrevistas psicológicas estão inseridas num movimento muito dinâmico e circular e não estático e linear.

A questão preventiva e de trabalho com os recursos internos do professor promove a confiança pessoal e profissional, ajudando-o a identificar as fontes de conflito e oferecendo-lhe apoio (FÉ & BETHENCOURT, 1992).

A assessoria também é utilizada com os dirigentes da instituição de ensino com o mesmo enfoque: pensar a prática no papel desempenhado e manter-se nele com mais saúde emocional.

O processo de assessoria muitas vezes encaminha-se para a necessidade de que o profissional professor e/ou direção procure psicoterapia individual, o que é discutido com o psicólogo escolar que pode ajudar muito nos argumentos que utiliza para o encaminhamento.

2. Entrevista com os pais ou responsáveis

O convite para comparecimento deve ser claro e objetivo, dentro do seguinte formato:

Srs. Pais ou Responsáveis

Solicitamos seu comparecimento para uma entrevista dia ..... às .....h, na sala .....

Atenciosamente

_____ _____

Psicóloga Professora

Conforme o enfoque de trabalho do psicólogo, esse convite será elaborado e a entrevista será conduzida. Parece bastante apropriado e produtivo que um professor que participa de um processo de assessoria sistemática possa estar presente na entrevista. Ele será trabalhado em termos de postura, sigilo e terá condições de acompanhar o momento conduzido pelo psicólogo, com chances de observar, ouvir e participar do processo de diagnóstico e manejo da situação tratada ali. Uma das vantagens é a compreensão maior e a possibilidade de ir ampliando sua visão, tanto com o aluno em questão, como para todos os outros desafios de seu papel. É uma entrevista conduzida conforme o roteiro sugestão descrito anteriormente.

Podemos ressaltar, no entanto, alguns pontos de atenção do psicólogo nessa entrevista:

- Os pais ou responsáveis costumam chegar ansiosos e questionando qual é a "queixa" que temos do filho. O objetivo é trabalhar no sentido de criar um ambiente de conforto e compreensão, evitando o relato de características ou problemas do aluno, no início da entrevista.
- É uma oportunidade de ouvir e conhecer a realidade da família desse aluno e, portanto, conhecê-lo bem mais.
- Deixar que eles falem e, após, trazer o que observamos na escola. Aqui, o psicólogo, que acompanha a rotina desse aluno em vários contextos, e o professor fazem suas colocações, valorizando sempre as competências e potencialidades aproveitando, ainda, para relatar as preocupações.
- Essa entrevista também tem um enfoque de aconselhamento e entendimento sistêmico. Podemos observar um funcionamento familiar que sugira pontos críticos do processo de desenvolvimento que requeiram orientações objetivas, baseadas em questões mais conscientes, de manejo dos pais e oportunidade de fazê-los pensar sobre o filho e avaliarem-se no papel que desempenham.

Benjamin (1978) & Scheffer (1976) desenvolvem a idéia de aconselhamento como um momento preventivo, de apoio, voltado para a solução de problemas.

- O caminho, a partir do processo de aconselhamento aos pais, será o de combinar uma continuidade de acompanhamento das situações levantadas, e o de manter um canal aberto de comunicação entre professor, psicólogo, pais, para que o trabalho continue integrado. Tanto pais podem solicitar entrevistas posteriores como a escola pode chamá-los novamente.
- Ao longo dessa entrevista psicológica, pode ficar clara a necessidade de uma avaliação mais especializada e profunda com profissional médico ou psicólogo clínico ou psicopedagogo ou fonoaudiólogo conforme sintomas que sejam observados na escola e em casa e que não caracterizem mais crises situacionais.

Uma condução segura e adequada para o encaminhamento é fator altamente necessário e importante em termos de prevenção. Para quem encaminhar? O psicólogo deve construir um material em que possa buscar a cada caso o profissional mais indicado, em termos de conduta eticamente adequada e competência teórica e de relacionamento, até mesmo com a escola. A responsabilidade do encaminhamento também é do profissional da escola.

Pode ocorrer que a família demonstre resistência na aceitação da necessidade de procura por um profissional. O tema, então, deve continuar a ser trabalhado em novas entrevistas, sempre com argumentos bem fundamentados na observação e no acompanhamento que o psicólogo escolar faz.

Concluindo, quanto mais o psicólogo escolar é observado e sentido como profissional de apoio e esclarecimento nas questões de desenvolvimento pessoal, mais será consultado por pais

que espontaneamente o procuram, no sentido de minimizar ansiedades pertinentes ao papel que exercem. A condução da entrevista psicológica nestes casos é ouvir o motivo da procura e orientar os pais (Aconselhamento).

3. Entrevista com o aluno

A entrevista poderá ocorrer em momentos variados do processo de acompanhamento psicopedagógico e, também, utilizar recursos conforme a idade do aluno. Com os menores, brinquedos e desenho livre revelam elementos que compõem o diagnóstico. A condução é semidirigida com o objetivo de colher informações, observar mais de perto e fazer o aconselhamento. O papel do entrevistador é ativo no sentido de trabalhar com aspectos mais conscientes do aluno e centraliza-se nas potencialidades e na saúde emocional do entrevistado. Saber ouvir, numa atitude de compreensão e aceitação plena, é a conduta mais preventiva.

Os alunos da educação infantil dificilmente procuram o psicólogo para entrevistas. Já os de ensino fundamental e médio utilizam a sala do psicólogo para "desabafar", reclamar de colegas e/ou professores e comportam-se necessitando de alívio imediato para suas dúvidas e dores. Se o profissional costuma circular entre os alunos, é mais conhecido, será acionado com maior facilidade para participar do processo; do contrário, será procurado ou indicado como solucionador de conflitos mais graves, o que não é considerado ideal em termos de trabalho em escola.

Muitos alunos transformam em rotina, por breve período, encontros com o psicólogo. Quando é percebido que há maior necessidade em ser ouvido e/ou orientado em algumas questões pessoais, faz-se o encaminhamento para psicoterapia, o que pode implicar entrevistas com pais.

Cada situação, apesar de seguir questões de manejo que estão sendo levantadas para a entrevista psicológica, será avaliada conforme as percepções do psicólogo escolar em contato com o caso.

4. Entrevista com profissionais que acompanham alunos fora da escola

Cada vez mais os recursos para avaliar e intervir em questões de desenvolvimento individual e/ou familiar auxiliam no processo de crescimento de nossos alunos.

Em muitas ocasiões, famílias procuram por conta própria a avaliação de profissionais para tratamento e alívio de dificuldades, ansiedades e acompanhamento de situações que podem fazer parte do ciclo vital (separação, morte, doenças graves, etc).

A escola, atenta a isso, tanto estará aberta ao contato com estes profissionais como será o palco de explicitação de dificuldades que muitas vezes a família ainda não percebeu. Nesse sentido, como já tratado anteriormente, fará o encaminhamento responsável e conseqüentemente receberá o profissional para entrevista.

Esse momento será considerado uma discussão, uma integração e um acompanhamento com sugestões de manejo por parte do profissional e explicitação de tudo o que ocorre na escola, por parte do psicólogo escolar. O professor poderá ser convidado para a entrevista, o que mais uma vez possibilitará a explanação de preocupações e principalmente de compreensão mais aprofundada da situação do aluno/família.

5. Outras entrevistas em escola

Profissionais que exercem papel importante no funcionamento das escolas – auxiliares de limpeza, seguranças,

funcionários de secretaria, portaria, telefonia, xerox, biblioteca e disciplina – participam quando chamados ou por procura espontânea, de entrevistas psicológicas. O psicólogo escolar com nível de intervenção preventivo acompanhará o exercício de cada um desses profissionais em suas funções, o que implica questões ligadas ao trabalho e a acontecimentos e vivências particulares. Tais entrevistas são conduzidas de forma a ouvir as colocações e orientar no sentido de maior e melhor adaptação desse funcionário a seu trabalho.

Muitos psicólogos escolares participam dos processos de seleção destes funcionários e professores. A entrevista, nesses casos, será norteada como em empresa, capítulo que faz parte deste livro.

Concluindo, chamo a atenção para a amplitude de visão, com conseqüente intervenção, que o psicólogo escolar precisa ter. É o uso de uma técnica a serviço de um trabalho dinâmico, cuidadoso, responsável, conduzido com atitudes eticamente adequadas, que atinge pessoas em desenvolvimento e que talvez tenham, na sua vivência em escola, a única oportunidade de troca com um profissional de saúde mental, que poderá auxiliá-lo em questões fundamentais de sua vida pessoal e profissional.

O maior reconhecimento que um psicólogo escolar pode ter, mesmo não atuando como clínico, é a avaliação por parte de aluno, professor, família ou funcionário de que uma atitude, palavra ou encaminhamento seu fez a diferença para uma descoberta, mudança ou para o crescimento pessoal significativo.

Referência bibliográfica

FÉ & BETTENCOURT. *Psicologia Escolar*. Espanha. Ed. Civicel, 1992.

Bibliografia consultada

ALBUQUERQUE. T. L. *Psicologia e Educação* – acompanhamento psicológico à professora. Artmed, 1986.

BASSEDAS, Eulália e cols. *Intervenção educativa e diagnóstico psicopedagógico*. Porto Alegre, Artmed, 1996.

A Entrevista Institucional

Dulce Helena Aguilar Baldo

Para o entendimento da técnica de entrevista institucional são necessárias algumas considerações sobre Instituição, sobre Psicologia Institucional e sobre o papel do profissional nessa área.

Instituições são normas e valores (não-fixos, transformam-se ao longo da história e definem os padrões de comportamento aceitos socialmente) que caracterizam o funcionamento da sociedade e garantem sua reprodução. Ex.: família, educação, trabalho, religião....

Isabel Menzies Lyth (1991 *in* Spillius, 1990), no seu trabalho "Uma perspectiva psicanalítica nas instituições sociais", diz que as instituições sociais surgem através dos esforços dos seres humanos em satisfazerem suas necessidades, mas, a partir daí, tornam-se realidades externas – relativamente independentes dos indivíduos – que afetam a estrutura deles.

> A instituição é a manifestação e concretização da realidade da vida em sociedade. Não precisa de estabelecimento para existir, mas sempre se estabelece, cria regras, códigos, ideologias, impõe costumes, prêmios e punições, transmite valores e estabelece limites. Produz coisas ou pessoas, mas também protege, dá garantias, alimenta egos e ilusões e serve como projeção para as fraquezas e anseios da alma humana. É o espaço de mediação entre a vida individual e a coletiva (NASCIUTTI 2000 *in* CAMPOS, 2000 p. 110)

Na instituição, o indivíduo depara-se com normas, tarefas e exigências a cumprir, papéis e funções determinadas; é um encontro com um "pequeno mundo pronto", no qual precisará viver e conviver... e, ao mesmo tempo, uma necessidade de reconhecimento por sua singularidade, uma busca de realização

dos objetivos individuais. É o encontro do coletivo social (regras, leis, papéis) com os diferentes indivíduos (diferentes necessidades e desejos – conscientes e/ou inconscientes). Portanto viver coletivamente implica instituir-se em grupos e instituições, dividir papéis, trabalho e conviver com diferenças, hierarquias e relações de poder e, nesse contexto, os processos individuais (conscientes e inconscientes) são considerados tendo o mesmo grau de importância que os processos sociais.

Os indivíduos organizam-se nas instituições, buscando satisfazer suas necessidades de gratificação psicológica e social e se defender das ansiedades. As relações que se estabelecem entre indivíduo-organização, indivíduo-indivíduo, indivíduo-grupo, grupo-instituição propiciam à instituição se constituir num sistema de defesa social contra as ansiedades primitivas. E o âmbito que contém a dinâmica dessas relações é o institucional.

A Psicologia Institucional, então,

> abarca o conjunto de organismos de existência física e concreta, que têm um certo grau de permanência em algum campo ou setor específico da atividade ou vida humana, para estudar neles todos os fenômenos humanos que se dão em relação à estrutura, dinâmica, funções e objetivos da instituição (BLEGER, 2000. p. 37).

O método de trabalho é o clínico no enquadramento psicanalítico de acordo com as necessidades da instituição e seus problemas; está caracterizado por dois princípios inter-relacionados: a tarefa empreendida e compreendida em função da unidade e totalidade da instituição e o psicólogo deve diferenciar a psicologia institucional e o trabalho psicológico.

No trabalho institucional, o foco é a instituição como um todo; mesmo que intervindo em uma parte dela, a ação sempre se dá em função da totalidade, da relação entre as partes para o bom relacionamento do todo. Deve ser entendida como um "todo vivo", como uma multiplicidade de vários espaços heterogêneos

mantidos juntos de uma maneira muitas vezes inextricável. A execução dessa tarefa é deduzida a partir do diagnóstico que busca entender dinamicamente a instituição, detectar suas necessidades para estabelecer as prioridades de ação. Nesse contexto, é importante o psicólogo ter um papel de assessor, consultor da instituição para, a partir de uma demanda, poder deduzir sua tarefa de avaliação própria e de sua técnica na instituição. Como assessor ou consultor é possível uma distância ótima, com independência econômica e profissional, que é básica no manejo técnico das instituições.

O trabalho da psicologia institucional fundamenta-se dentro do exposto e com alguns objetivos específicos. Em relação à instituição busca-se:

- realizar um trabalho preventivo, visando à melhoria da saúde mental de seus integrantes;
- auxiliar a instituição na ampliação da percepção de seus esquemas de ação, levando à revisão e modificação de condutas e pautas de funcionamento esteriotipadas;
- propiciar momentos de reflexão aos integrantes da instituição de diferentes níveis hierárquicos, ampliando sua consciência dentro da realidade na qual estão inseridos, bem como dos papéis por eles desempenhados neste contexto;
- promover o desenvolvimento e enriquecimento da personalidade, por meio de aspectos sadios do ego;
- colaborar para baixar o nível de ansiedade despertada pela tarefa a fim de que as equipes de trabalho possam ligar-se adequadamente à rotina diária ampliando seus esquemas de pensar, sentir e agir;
- desenvolver com os integrantes da instituição a capacidade de efetuar vínculos sadios nos diferentes momentos e papéis vivenciados;
- trabalhar com as diversas áreas e/ou setores, visando à maior integração entre as partes e com a totalidade da instituição.

As atividades básicas desenvolvidas para a obtenção dos objetivos propostos são:

- *observação geral da instituição* como técnica básica para o entendimento da realidade na qual se está inserido que consiste em contatos contínuos com os diferentes setores e/ou áreas conforme a demanda, visando perceber e assessorar os grupos no seu funcionamento rotineiro, em seu próprio local de trabalho; ao mesmo tempo, pela observação participativa, é possível efetuar vínculos e atender à demanda da instituição no "aqui e agora" de seus integrantes;
- *diagnóstico institucional* que permite conhecer e identificar o funcionamento global da instituição, da área e/ou setor em questão, em nível objetivo e subjetivo, centrando o foco nas ansiedades mobilizadas pela tarefa, bem como nas defesas e estratégias que o grupo utiliza para enfrentar sua realidade cotidiana; o diagnóstico é realizado por meio de observação, entrevistas individuais, grupais e em todas as tarefas realizadas e, constantemente atualizado e devolvido à instituição;
- *assessorias individuais e/ou grupais* que se caracterizam por entrevistas periódicas sistemáticas e/ou assistemáticas, com a finalidade de ajudar a pensar, refletir, examinar e encontrar possíveis soluções para as dificuldades relacionadas com os papéis assumidos pelas pessoas da instituição nos diferentes níveis hierárquicos.

Por intermédio desses momentos, com enfoque basicamente grupal, é possível compreender os objetivos e sentimentos das diferentes "partes" e encaminhar os conteúdos surgidos aos canais competentes, objetivando promover mudanças na instituição e romper com as estruturas estereotipadas e pouco criativas.

Para a execução desse trabalho, o primeiro passo do psicólogo é a formação de vínculos com as equipes e o estabelecimento do enquadre do trabalho, porém, nessa construção, seguidas vezes surgem algumas resistências e ansiedades mobilizadas pela entrada do profissional. Às vezes, o psicólogo é visto como ameaçador e invasivo, e os funcionários resistem a falar ou a se aproximar, fantasiando que a psicologia tem uma função de controle ou é um canal de coleta de informações a serviço de níveis hierárquicos superiores. Também se percebe no processo de inserção, pela observação participativa, que pode existir uma certa ambivalência da instituição em relação à Psicologia, pois, ao mesmo tempo em que solicita o acompanhamento, quando esse inicia, resguarda-se, parecendo querer se afastar de pensar e comprometer-se com o processo de crescimento e possíveis mudanças.

No papel de assessor, busca-se também facilitar o processo de tomada de consciência, em que os funcionários possam ser seus próprios agentes de mudanças; para isso, procura-se não dar respostas prontas aos questionamentos e ansiedades e, sim, ser continentes com tais sentimentos e "pensar junto" com o funcionário, deixando claro que o objetivo é facilitar a tarefa e todas as mobilizações causadas por ela (sentimentos, relações, mudanças...), sem tomar partido ou ficar ao lado de alguma instância ou nível hierárquico, assim como também não participar dos processos decisórios de admissão ou demissão de funcionários.

Em virtude disso, é preciso "retomar" sempre o enquadre, a relação de confiança e, a partir de pressupostos éticos e do trabalho sigiloso, o objetivo principal, como já foi exposto, é procurar facilitar ao máximo as relações das equipes, nos diferentes papéis que exercem, com a tarefa e com a instituição, para que esta atinja seus objetivos da melhor forma possível.

Daí a importância do trabalho grupal que é o enfoque do trabalho institucional, pois quanto mais as equipes se fortalecerem como grupo melhor desempenharão o trabalho e o reflexo é direto no objetivo final da instituição: o bom atendimento ao cliente.

> Com a assimilação dos fatos ocorridos, das elaborações dos grupos, a equipe como um grupo torna-se mais fortalecida, menos idealizada, e começa a perceber que algumas pessoas encaixam-se melhor em um grupo de atividades do que outras. Cada tarefa, cada grupo é um desafio. (FERNANDES, B., 2003 *In* FERNANDES, W. *et al.* 2003, p. 266).

Dentro dos aspectos mencionados, fica evidente a importância da entrevista, como instrumento fundamental do método clínico e como técnica de investigação científica na metodologia de trabalho institucional, por meio da qual busca-se a obtenção dos objetivos e operacionalização de todo o trabalho exposto até aqui. É básica nos diferentes momentos na instituição, individual e/ou grupal, formal e/ou informal e, em atividades do psicólogo, como: observação, diagnóstico, assessorias. É preciso ouvir o que contam as pessoas, os grupos, os formulários, os arquivos, os memorandos, as certidões, os funcionários e os visitantes.

O psicólogo deve sempre realizar um contrato explícito e claro, quanto ao tempo de duração da entrevista, de como trabalhará e encaminhará as informações e os dados institucionais surgidos, evidenciando a postura ética e técnica em relação ao sigilo. Deve também utilizar um espaço físico adequado que preserve a privacidade do(s) entrevistado(s).

Bleger (2000. p. 24) diz que:

> O psicólogo clínico deve, no campo da higiene mental, aplicar o princípio de que indagação e ação são inseparáveis e que ambas se enriquecem reciprocamente no processo de uma práxis. Isto não constitui uma manifestação de desejos e sim uma condição fundamental para operar corretamente. A ação deve ser precedida de uma investigação; mas a investigação mesmo já é uma atuação sobre o objeto que se indaga.

Isso deixa claro que o psicólogo, na entrevista institucional, ao coletar dados, buscar a compreensão dos sentimentos, percepções da tarefa institucional, formular hipóteses e/ou explicitar aspectos inconscientes, deve utilizar a indagação operativa, que busca os dinamismos e aspectos motivacionais implícitos, mas utiliza tal indagação para conseguir modificações pela compreensão do que está ocorrendo e por quê. À medida que o integrante da instituição é questionado sobre algum aspecto relacionado à sua tarefa, ele já está sendo mobilizado em um processo de mudança pela reflexão que tal questão provoca.

Bleger (2000) menciona que por meio da indagação operativa trabalhamos a técnica psicanalítica na instituição com:

- observação detalhada dos fatos com continuidade;
- entendimento do significado de tais fatos e da relação ou integração entre si;
- inclusão dos resultados de tal compreensão pela interpretação, assinalamento e/ou reflexão;
- consideração de cada momento como hipótese que conduzirá à nova observação, buscando verificar, ratificar, corrigir e/ou enriquecer a hipótese.

Dessa forma inicia-se um novo processo, integrando sempre indagação, reflexão, observação, compreensão e ação e, no qual é preciso estar bem centrado na tarefa de assessor, cumprindo a atitude clínica, ou seja, fazer uso da dissociação instrumental que permite, por um lado, a identificação com os fatos, conteúdos e/ou pessoas, mas que, por outro lado, possibilita manter uma distância a fim de não haver envolvimento pessoal para o cumprimento adequado do papel do profissional.

A entrevista institucional com referencial psicanalítico possibilita o entendimento dos processos dinâmicos conscientes e inconscientes que ocorrem nas instituições, a compreensão dos *insigths* e o conhecimento das defesas desenvolvidas para lidar com conteúdos provocadores de ansiedade. Objetiva que os integrantes da instituição, semelhante à associação livre, falem livremente sobre seus sentimentos, relacionamentos, percepções e experiências no contexto em que se encontram.

Segundo Lyth (*in* SPILLIUS, 1990), a entrevista institucional de orientação psicanalítica caminha paralelamente à psicanálise. A responsabilidade do assessor está em ajudar que os *insights* se desenvolvam, liberando o pensar sobre os conflitos e facilitando a evolução de idéias no sentido de mudança. A preocupação é com o mundo interno da instituição.

Ainda para a referida autora, o entrevistador deve ter "ignorância cultivada com atenção flutuante", ou seja, deixar de lado modos habituais de olhar a instituição para lançar um novo foco para as situações e não voltar sua atenção para algo específico ou fazer julgamentos; deve ter, portanto, abertura para buscar os diferentes focos, olhares e sentimentos que aparecem no universo institucional.

> No trabalho institucional é preciso atenção cuidadosa à transferência e contratransferência. A transferência pode ser compreendida como a repetição de modelos primitivos de relação que, como processo inconsciente, nega o tempo e o espaço como presentes, reproduzindo em vínculos atuais posições vividas em vínculos passados. (GUIRADO, 1987 p. 74).

Na transferência institucional, destacando o lugar que os indivíduos e grupos ocupam no seu fazer na relação com os outros e com os grupos da instituição é que se dá a intervenção do psicólogo.

É importante registrar cuidadosamente todos os detalhes desde os primeiros contatos e das primeiras entrevistas para possibilitar a reflexão sobre os fatos significativos, sobre a postura e intervenção do profissional, o que contribuirá para o melhor entendimento e organização dos passos a serem dados.

Percebe-se que a instituição, que busca efetivamente o trabalho institucional, e que as equipes, mesmo no "corre-corre estressante" diário, que conseguem priorizar um momento para, pela entrevista, refletir sobre tarefas, tensões, relações, mudanças, integram-se mais, relacionam-se melhor entre si e com os níveis hierárquicos superiores e estabelecem estratégias, formas de agir e amenizar as dificuldades encontradas.

Referências bibliográficas:

BAREMBLITT Gregório. *Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos. 1992.

BASSOLS, Ana M. S., CRISTÓVÃO, Paulo, SANTIS & SUKINNIK, FORTES (org). *Saúde Mental na Escola: consultoria como estratégia de prevenção*. Porto Alegre: Mediação. 2003

BLEGER, José. *Psico-higiene e Psicologia Institucional* – Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

_____.*Psicologia da Conduta*. P.A. Artes Médicas. 1999.

_____.*Temas de Psicologia – Entrevista e Grupos* – São Paulo: Martins Fontes, 1990.

CAMPOS, Regina Helena (Org.). *Psicologia Social Comunitária: Da Solidariedade à autonomia*. Petrópolis RJ. Vozes, 2000.

FERNANDES, W.; SVARTMAN, Betty & FERNANDES, Beatriz (org.). *Grupo e Configurações Vinculares*. Porto Alegre. Artmed. 2003.

GAYOTTO, Maria Leonor C. *et al. Liderança: aprenda a mudar em grupo*. Petrópolis. Vozes. 1986.

GUIRADO, Marlene. *Temas básicos de psicologia- Psicologia Institucional*, São Paulo: CIP,1987.

KAËS, René et al. *A Instituição e as Instituições: estudos psicanalíticos*, tradução Joaquim Pereira Neto. São Paulo. Casa do Psicólogo, 1991.

KERNBERG, Otto. *Mundo interior e realidade exterior*. Rio de Janeiro: Imago, 1989.

PICHÓN, Rivière. *O Processo Grupal* – São Paulo: Martins Fontes, 1988.

PICHÓN, Rivière. *Teoria do Vínculo* – São Paulo: Martins Fontes, 1988.

SEVERO, Márcia Casella. *Estratégias em Psicologia Institucional* –Ed. Loyola. 1985.

SPILLIUS, E.B. *Melaine Klein Hoje: desenvolvimento da teoria e da técnica*. RJ: Imago, 1990.

ENTREVISTA CLÍNICA NO CONTEXTO HOSPITALAR: REVISÕES E REFLEXÕES

ÂNGELA C. B. PRATINI SEGER

A Psicologia, historicamente, iniciou-se no hospital, pelas mãos da clínica e posteriormente foi assumindo outras áreas de atuação como a área de trabalho e de Institucional, até configurar-se dentro de uma perspectiva mais ampla denominada: Psicologia Hospitalar. Dentro dessa configuração, entende-se que a compreensão e conseqüente ação do psicólogo torna-se mais abrangente e complexa, integrando as diferentes visões, mesmo que sua atuação esteja centrada em uma área específica como aqui será abordada.

A proposta deste capítulo é focalizar a entrevista clínica no contexto hospitalar, ressaltando que o referencial psicanalítico será o pano de fundo e a técnica da psicoterapia breve focal e de apoio o instrumento utilizado.

Para abordar esse tema, faz-se necessário instigar a reflexão do que, de fato, significa: "ir a um hospital". Essa ida mobiliza nas pessoas diversos sentimentos, desde o alívio de suas preocupações com a saúde, a alegria da chegada de um bebê, desde os exames de rotina, até as "sentenças" associadas aos diagnósticos e suas conseqüências. Quem realmente entra tranqüilo em um hospital? Esse é o espaço onde se desenrolam muitas histórias, nesse local muitas vezes o tempo não é medido em horas ou dias, mas em procedimentos, intervenções, notícias, resultados, na espera do médico que dê respostas e de alguém que escute. Aqui, não se trata da escuta passiva, ausente, mas a escuta ativa, que auxilia.

O psicólogo que trabalha em hospital logo percebe que a escuta é um dos nossos principais instrumentos. Mas, primeiro, precisamos escutar sobre: o que, de fato, fala nosso paciente? Da rotina, dos mesmos exames, procedimentos, das faltas, da família, da equipe, das visitas, do futuro... para que, a seguir, possamos entrar, e principalmente facilitar e permitir, que os pacientes entrem nos seus sentimentos. Falem de seus medos: de viver com seqüelas, de não viver, de depender, ou de não ter com quem contar e todas as contradições possíveis da vida e com isso possam reorganizar-se diante dessa realidade.

Esse é um momento entendido como "de crise" que promove uma série de modificações na vida daquela pessoa que necessita dos cuidados hospitalares. Na realidade, coloca-a em uma posição ambivalente, pois está numa "casa de saúde" que, em sua essência, ocupa-se da doença. Além disso, a função "curativa", bem como o cuidado exercido, a recuperação esperada e a estrutura e funcionamento do hospital tendem a colocar o paciente no papel de espectador do processo, afinal ele é paciente e deve ter "paciência", segundo algumas visões.

Às equipes cabe a excelência no atendimento, manejando ao mesmo tempo com técnica e tecnologia a seu serviço e com as limitações impostas pela realidade (econômicas e sociais). O somatório destes elementos, paciente (com seu sofrimento), equipes (com seus trabalhos), familiares (com suas angústias), e tudo que é mobilizado na interação desses fatores surge, muitas vezes, a necessidade de intervenção da psicologia.

Diante de tudo isso, a pessoa, que vem ao hospital por um problema de saúde, potencialmente pode ser "invadido" por diversos outros aspectos, associados à doença, ou muito mais amplos, que necessitam ser trabalhados para que não se some ao sofrimento psíquico produzido pela doença outro produzido pela Instituição e seu (des)cuidado.

Na nossa perspectiva, o trabalho do psicólogo situa-se em três níveis: a) Observação. B) Diagnóstico e c) Intervenção. É necessário salientar que esses recursos serão utilizados seja no atendimento do paciente, seja na compreensão de sua interação com equipe e instituição maior, seja no contato com a família, abrindo uma ampla rede de informações a serem integradas, em benefício da compreensão da situação como um todo.

Cabe então ao psicólogo, quando solicitado a atender um paciente, avaliar não somente este, mas todo o contexto no qual este pedido está inserido. Primeiramente deve-se considerar a origem da solicitação: quem solicitou? qual o motivo explicitado? E, quando possível, avaliar a demanda do solicitante. Compreender esses aspectos não tem como objetivo focalizar o solicitante, mas entender o caminho percorrido até a chegada ao psicólogo. Foi o médico, a família, o próprio paciente, outro membro da equipe? Todos? Além de essa pessoa nos fornecer mais detalhadamente os motivos do encaminhamento, poderá, também, explicitar as suas preocupações no caso específico.

Esse aspecto leva-nos ao próximo passo – o motivo – e o quanto o motivo explicitado está, de fato, relacionado com as necessidades do paciente ou é uma forma do solicitante "resolver" um incômodo seu com relação ao caso. Por exemplo, algumas solicitações trazem esta mensagem: "Não agüento atender mais o fulano, ele é muito repetitivo, faz sempre as mesmas perguntas". Com certeza, o fato de o paciente perguntar muitas vezes gera um desconforto, mas precisamos ir além, se ele pergunta muito deve ter seus motivos. Inicialmente devemos nos questionar: se a linguagem utilizada pela equipe é acessível à pessoa, como as informações são passadas, se é permitido ao paciente fazer perguntas, e se ele está em condições de ouvir as respostas, sua ansiedade permite que compreenda o que está sendo dito, ele não está sozinho, sem visitas, carente e

assustado? E dessa forma a solicitação excessiva ser uma manobra para manter a equipe mais perto de si? Essa entre muitas outras possibilidades.

Quando a intervenção, nesse sentido, obtém êxito, muitas vezes o atendimento pode centrar-se em outros aspectos mais prementes, que ficavam encobertos pela queixa mais "concreta".

Outra questão recorrente trazida pela equipe: "A paciente está sempre chorando, mas quando vou atendê-la dou um jeito de alegrá-la e digo para ela parar com isto e colocar um sorriso no rosto". Sabemos que o choro tende a mobilizar as pessoas, pois se tem a impressão de que, se a pessoa parar de chorar, já estará bem; porém raramente tanto familiares quanto as equipes conseguem, de fato, escutar os motivos do choro. Entendem que é medo de um procedimento, da morte, saudade de um filho, da casa... Então, quando o psicólogo chega no quarto e "permite" que o paciente chore, fale de seus temores e angústias, é muitas vezes questionado por familiares ou colegas de quarto, pois "está deixando ela mais triste ainda" quando, de fato, está permitindo que esses sentimentos tenham canais de expressão mais adequados.

Quando a demanda maior for da equipe, ela deve ser orientada quanto ao estado emocional do paciente e às suas necessidades, de forma a respeitar a privacidade deste, sugerindo formas de manejo mais apropriadas para o momento.

No hospital, um fato se faz presente de modo diário: a questão do *setting* terapêutico. Para Angerami-Camon (1995), a Psicologia Hospitalar caracteriza-se também por não possuir um *setting* tão definido e preciso como o desejável, acrescentando que se deverá levar em conta todas as variáveis que possam intervir no processo.

Muitos pacientes não se encontram em condições de sair de seus leitos e necessitam ser atendidos ali mesmo, num quarto com outras pessoas. Como proceder? É necessário que o

setting seja criado, quando possível, com biombos, mas que, sabemos, não isolam acusticamente. Quando não for possível, sugerimos que a configuração se estabeleça por meio da criatividade e disponibilidade psíquica tanto do terapeuta quanto do paciente para dedicarem-se a essa tarefa minimizando os efeitos do ambiente inadequado. A redução do tom de voz, a proximidade com o paciente, a atenção seletiva, focalizada nele, mesmo que outros procurem interferir, produzem a delimitação de um "espaço potencial". Esse fenômeno, segundo Winnicott (1975) se instala originalmente na relação da mãe com o bebê e visa permitir a este a "capacidade de ser". Consideramos que pode ser recriado em outros momentos, como no *setting* citado, favorecendo o enfrentamento da situação atual de crise.

Por meio do treinamento de estagiários na prática clínica, podemos perceber que inicialmente essa situação é geradora de ansiedade e intensa preocupação, porém, no momento que se instala e avaliam-se os benefícios alcançados pelo paciente, tendem a superar as questões iniciais. Contudo, deve-se salientar que esse recurso só é indicado nas situações de total impossibilidade de atendimento num ambiente propício como em uma sala com privacidade.

Em alguns casos, as entrevistas incluem a participação de familiares ou acompanhantes, ou então, são realizadas exclusivamente com estes, principalmente nas situações em que se encontram num estado de mobilização maior do que o paciente, dificultando a interação deste com a equipe, sua aderência ao tratamento ou alterando seu estado emocional quando de sua presença ou ausência prolongada. O foco sempre estará direcionado à situação do paciente, e, caso sejam identificadas necessidades próprias deste familiar, sugere-se o encaminhamento a outros serviços de psicologia da comunidade.

Com relação a esses aspectos, Romano (1999) afirma que:

> A hospitalização de um dos membros de uma família é um evento que gera estresse. Como o equilíbrio do sistema é interrompido pelas necessidades internas e pelas solicitações externas, a hospitalização é percebida como ameaçadora. Se o equilíbrio não é restaurado, tem-se uma crise (p.73).

O contato com outros técnicos, a respeito do paciente, deve ocorrer exclusivamente com o intuito de receber e fornecer informações relevantes para a adequada compreensão do quadro clínico e emocional deste, permitindo, assim, que favoreçam a seqüência de seu atendimento.

Como foi referido anteriormente, o paciente, quando for hospitalizado, e solicitar atendimento, está passando por um momento de crise, de desajuste físico, emocional e da necessidade de novos reajustes, a curto e longo prazo. Decisões precisam ser tomadas, esperas são difíceis, hospitalizações curtas ou prolongadas são vividas de diferentes maneiras pelas pessoas. A intervenção terapêutica, baseada na Psicoterapia Breve Focal, atende o paciente, considerando seu momento atual de crise, seu funcionamento egóico e em especial os recursos defensivos que possui para enfrentar esse momento.

Entendemos que, em alguns casos, as intervenções de apoio serão os principais elementos da técnica a serem utilizados, na busca de um reforço na estrutura egóica e na sua capacidade defensiva. A escolha faz-se a partir da avaliação dos recursos no paciente. Neste contexto, muitas vezes, o paciente é atendido uma única vez pelo psicólogo, e, portanto, a entrevista deve, dentro do possível, contemplar os seguintes elementos: avaliação, esclarecimento, diagnóstico da situação, intervenção e/ou encaminhamentos.

Segundo Lemgruber (1984), a avaliação diagnóstica do paciente é fundamental, pois vai indicar quais os recursos de ego que ele possui e, conseqüentemente, como consegue lidar

com as ansiedades advindas das decisões e opções que venha a tomar. Caso evidencie bons recursos, a indicação é a PB focal. Caso contrário, a indicação seria da PB na linha de apoio em que as intervenções adotam uma característica mais diretiva, sugestiva e informativa.

Os esclarecimentos são feitos quando algumas dúvidas persistirem, desde que relacionados ao atendimento psicológico (motivos, objetivo, contrato), pois só podemos responder aos aspectos pertinentes à nossa área de conhecimento. Não podemos discutir ou questionar tratamentos ou informações fornecidas por outras equipes, devemos estimular o paciente para que resolva seus questionamentos diretamente com estas; porém, quando é evidenciada uma grande dificuldade por parte deste e/ou equipe envolvida podemos nos colocar à disposição para estarmos presentes e sermos facilitadores deste processo.

O item seguinte refere-se à determinação do diagnóstico dinâmico do paciente e da situação. Mello Filho (1992) salienta que, no contexto hospitalar, é esperado que o terapeuta consiga fazer: uma avaliação rápida dos problemas mais evidentes e de formular uma hipótese psicodinâmica explícita dos conflitos predominantes. Reforçamos a necessidade de envolver, além do paciente, todo o seu contexto atual, vínculos familiares, rede de apoio, recursos financeiros e pessoais e suas necessidades atuais. Por exemplo: um paciente que recebe um diagnóstico de HIV+ descobre que se infectou do parceiro, que já sabia, mas não contou, pensa em separar-se, sugere ideação suicida e desejo de vingança. A prioridade é investigar a ideação e a possibilidade de vingança, e proporcionar o encaminhamento da situação, mesmo que o paciente deseje somente falar sobre a separação. Precisa-se buscar auxílio na rede de apoio e, com a vinda de um responsável, fazer o encaminhamento para um atendimento psiquiátrico que responda as necessidades de internação.

No encaminhamento, são explicitadas ao paciente as indicações decorrentes da avaliação, que podem sugerir que ele permaneça em atendimento na instituição ou seja encaminhado para outros serviços que melhor atendam suas necessidades. Podemos ter como exemplo: paciente dependente químico, na ativa, com diagnóstico de hipertensão e diabetes. Além da manutenção do atendimento médico, clínico, o paciente deverá ser encaminhado a serviço que trabalhe sua dependência química, pois esta se sobrepõe e está associada a outras demandas emocionais dele.

Quanto ao processo de atendimento psicoterápico no hospital, o número de entrevistas é muito variável; como citamos anteriormente, podemos fazer uma única entrevista ou passar por todas as etapas do processo até a alta clínica do paciente e, algumas vezes, darmos seqüência ao atendimento no ambulatório, posterior à alta.

Na situação de crise e internação, a freqüência das entrevistas não segue um padrão predeterminado, o atendimento pode ocorrer diariamente se a situação exigir, ou três ou ainda duas vezes na semana, o que será acordado com o paciente quando da explicitação do contrato. Algumas situações requerem alterações como momentos de pré-cirurgia em que a ansiedade tende a aumentar, ou em tratamentos prolongados nos quais a ausência das famílias e o afastamento da vida de relação, escola, trabalho tendem a tornar a permanência no hospital penosa. Nesses momentos pode haver a intensificação dos atendimentos, voltando à freqüência anteriormente acordada, quando as situações de alteração se atenuarem.

O foco sempre é atual, a situação gerada pela doença, os sentimentos mobilizados, os conflitos atualizados, as mudanças e temores. O passado poderá ser trazido pelo paciente, mas não será estimulado, pois a situação de crise atual se sobrepõe e o tempo disponível para o trabalho terapêutico é geralmente

curto, atrelado ao período de internação. Portanto, mobilizar vivências intensamente carregadas de emoção que não poderão ser trabalhadas é pior, a nosso ver, que a falta de atendimento psicológico.

A correta avaliação das condições do paciente e a definição do foco são fundamentais para o alcance, mesmo que parcial dos objetivos do tratamento. Lemgruber (1997) diz que: "define-se como foco o material consciente e inconsciente do paciente, delimitado como área a ser trabalhada no processo terapêutico por meio de avaliação e planejamento prévios" (p. 39).

Quando, por exemplo, desviarmo-nos do foco de atendimento para outro(s) fato(s), podemos estar reforçando a negação do paciente da situação atual, em um momento no qual poderia estar apto a trabalhar seus temores e angústia e com isso aliviar-se.

Segundo Malan (1983), a focalização em PB deve incluir: atenção seletiva, negligência seletiva e interpretação seletiva. Percebe-se que o terapeuta trabalhará os conteúdos trazidos pelo paciente de forma a ter como ponto centralizador o foco, relacionando esses conteúdos com a situação atual do paciente sua problemática e os sentimentos envolvidos.

Até o momento enfocou-se a realidade do paciente na internação hospitalar, porém a entrevista psicológica também ocorre no contexto ambulatorial. Essa realidade propende a se mostrar diferenciada da anterior, pois a estruturação tanto de *setting* quando de encontros tende a ocorrer dentro dos padrões desejáveis, como atendimento em sala, com privacidade respeitada, encontros semanais ou duas vezes por semana, com duração de 45-50 minutos.

A técnica utilizada é a Psicoterapia Breve Focal ou de Apoio, conforme os recursos do paciente, avaliado nas entrevistas iniciais, sendo definido o foco em conjunto com o paciente e levando em consideração as hipóteses de funcionamento dinâmico dele.

A duração do tratamento encontra-se associada à resolução das dificuldades relativas ao foco, que, na maioria das vezes, dão conta dos problemas decorrentes do diagnóstico de uma doença, seu tratamento, possíveis intervenções e/ou limitações. Além desses, percebemos o incremento da vinda de pessoas sozinhas, sem ou com muito pouca rede de apoio, que procuram o atendimento de forma a receberem, além de atenção a ajuda necessária para o enfrentamento desta situação difícil. O objetivo passa a ser, também, mobilizar o paciente para que amplie sua rede de apoio refletindo sobre sua situação atual, proporcionando o resgate de vínculos rompidos ou afastados e/ou a criação de novos vínculos.

Uma questão que vem proporcionando muitos debates nas diversas instâncias que tratam da comunicação de dados relativos ao paciente refere-se à comunicação por intermédio do prontuário do paciente. O prontuário consiste numa pasta na qual são registradas todas as informações relativas a ele e sua evolução no período de internação ou atendimentos fora deste. Tem acesso ao material todo o técnico que precisa informar-se a respeito do paciente, portanto desde a secretária que anexa os exames, nutricionistas, enfermeiros, assistentes sociais, médicos das diferentes especialidades, consultores, etc., assim como o próprio familiar e, com sua autorização, a família. Fica evidente que as informações a serem colocadas devem ser estritamente necessárias para o benefício do paciente mantendo-se sempre a regra da confidencialidade e que contenham elementos sobre o estado emocional do paciente, uma breve "resposta" ao encaminhamento feito, assim como sugestões de manejo com o paciente, quando se fizer necessário, apoiando nossas idéias em Mello Filho (1992). As informações verbais devem se ater aos aspectos relevantes da situação, com vistas a produzir melhoria na compreensão e no tratamento do paciente.

Ao olharmos para o psicólogo, devemos considerar que o trabalho na instituição hospitalar tende a exigir do profissional uma série de habilidades como: flexibilidade, tolerância, capacidade de integração a grupos, de comunicação, entre muitas outras, pois seu papel avança muito além do contato com o paciente; por várias vezes é a "ponte" que facilita a comunicação entre equipes e o paciente ou sua família, entre paciente e família, entre equipes.

O psicólogo é mobilizado contratransferencialmente pelas situações vivenciadas, muitas vezes deparando-se com seus medos que identifica estampados nos seus pacientes: falando de morte, morrendo um pouquinho na perda de um paciente, revitalizando-se no tratamento bem-sucedido de outro, na família, que se tornou presente após sua intervenção, na equipe que se humaniza um pouco mais... Explicitando temores, comportamentos e sentimentos que se mostram alterados, tornando a linguagem do corpo ou da ausência desta, um processo de comunicar dores e temores, não só as físicas, mas principalmente as emocionais que quem sabe, se originam das orgânicas ou foram substrato para elas? A partir daí utiliza-se de sua técnica como recurso para aproximação e intervenção terapêutica.

A entrevista como técnica de trabalho é uma das principais ferramentas do psicólogo. Saliento a necessidade de além do aporte teórico, das técnicas utilizadas, possamos sempre lembrar que tanto o paciente quanto o próprio terapeuta são pessoas e o encontro que ocorre é único. Aquele encontro não se repetirá; portanto, ao entrarmos na vida das pessoas em períodos tão delicados, como vivência de uma (ou várias) internações, diagnósticos, perdas, medos, esperanças, alegrias, desespero... é um momento precioso que só podemos retribuir sendo o mais éticos possível, o mais profissionais possível, o mais humanos possível. Assim alcançaremos nossos objetivos e de nossos pacientes – partilhar a dor e encontrar alternativas.

Finalizamos com uma citação de Angerami-Camon (1998), que revisa e reflete a essência da prática do psicólogo no hospital:

> É o resgate da nossa condição humana que está em questionamento quando abordamos essa maneira peculiar de compreensão da doença e do paciente. É o respeito à dignidade humana exigir uma postura profissional que leve em conta a nossa fragilidade humana, nossa dor e desespero. E assim é: humanos somos e como humanos devemos agir (p. 57).

Referências bibliográficas

ANGERAMI-CAMON e col. *Urgências Psicológicas no Hospital*. São Paulo: Pioneira, 1998.

_____ *Psicologia hospitalar* – Teoria e técnica. São Paulo: Pioneira,1995.

_____ *O doente a psicologia e o hospital*. São Paulo. Pioneira, 1996. 3ª Edição revisada.

BRAIER, Eduardo A. *Psicoterapia breve de orientação psicanalítica*. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

LEMGRUBER, Vera. *Psicoterapia breve integrada*. Porto Alegre: Artes Médicas,1997.

MALAN. *Psicoterapia individual e a ciência da psicodinâmica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

MELLO FILHO e col. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

OUTEIRAL, José e col. *Donald Winnicott*: estudos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

ROMANO, Bellkiss W. *Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

WINNICOTT, D. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

ZIMERMAN, David. *Fundamentos psicanalíticos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

Entrevista na empresa: Entrevista de seleção

Fabrícia Ramos

Contratar pessoas, hoje, talvez seja uma das ações mais importantes dentro do contexto organizacional. As empresas buscam diferenciação. Por causa da globalização e do desenvolvimento tecnológico, as empresas querem ainda mais se diferenciar e isso só pode ser alcançado por intermédio das pessoas que nelas estão inseridas. Essa situação nos leva a crer que a área de recrutamento e seleção é uma das áreas mais importantes e estratégicas nesse contexto, porque achar os melhores talentos para as organizações passa necessariamente pela área de Recursos Humanos. Nesse caso, é a área que mais possui condições de estabelecer as melhores formas de achar os candidatos e identificar, entre tantas possibilidades, aqueles que serão mais adequados para a empresa.

Se a entrevista por si só é um dos mais antigos instrumentos para a obtenção de informações, a entrevista de seleção visa obter informações a respeito das pessoas que estão se candidatando a uma oportunidade de trabalho em uma empresa. A essa atividade chamamos de Recrutamento e Seleção de Pessoal.

O recrutamento é o ponto de partida quando se possui uma vaga de trabalho dentro da empresa. É o processo de identificação, localização e de atração de um grupo de candidatos, potencialmente qualificados e capazes para ocupar cargos dentro da empresa (ROBBINS, 2001). Para se obter um adequado número de candidatos, é necessário um conjunto de técnicas e procedimentos, bem como etapas que são imprescindíveis ao

processo, como, por exemplo, definir as qualificações que se desejam encontrar nos indivíduos, estabelecer a melhor fonte de recrutar essas pessoas e, impreterivelmente, conhecer a fundo a atividade para a qual está se candidatando, assim como conhecer a empresa para a qual se busca o candidato. Para conhecer a fundo a atividade em que a pessoa estará inserida, um dos métodos é avaliar ou construir a descrição de cargo com o gerente da área requisitante. Antes de iniciar qualquer processo de contratação, é necessário saber para que se está contratando. Também é importante definir quais atributos pessoais e qualificações que combinarão com o cargo. Para facilitar, é importante saber as principais tarefas e responsabilidades do cargo, as características pessoais exigidas (A pessoa precisa ser um ótimo técnico, precisa ser pró-ativo e voltado para resultados?), a cultura da empresa, as informações da equipe, etc.

Para iniciar o recrutamento, é necessário que se comunique ao mercado de trabalho que a empresa dispõe de vagas e oportunidades. Em outras palavras, seria um convite para atrair candidatos e torná-los interessados. Existem várias formas de fazer o convite, o que chamamos de fontes de recrutamento. As formas de captar pessoas podem ser as mais variadas e estão diretamente relacionadas com uma série de fatores como o nível da vaga que se possui (e a forma mais eficaz para se chegar a esse público-alvo), o custo e o tempo que se pode despender com o processo.

As principais fontes de recrutamento são definidas pela área de recursos humanos da empresa de acordo com os fatores acima relatados (custos, tempo e alcance do público-alvo). É importante ter em mente que o meio para se chegar a candidatos qualificados é decisivo para o sucesso do processo seletivo. Portanto ter quantidade sem ter qualidade deve ser algo a ser analisado na decisão do melhor canal para anunciar a vaga.

Colocar anúncios em jornais foi certamente, durante décadas, a forma mais conhecida para se buscar candidatos. Os anúncios são o método mais freqüentemente utilizado para todos os tipos de função, em vários meios de comunicação, derivando também para rádio, televisão e revistas especializadas de negócios, principalmente quando se trata de candidatos de alto nível (MILKOVICH & BOUDREAU, 2000). Entretanto, cada vez mais, as empresas deixam de usar este meio e passam a usar outras formas de localizar os candidatos, por razões várias, normalmente por causa dos custos envolvidos num anúncio, ou por não querer receber uma quantidade muito grande de currículos que não possuem relação alguma com o solicitado ou por identificarem que não é via anúncio que chegarão aos candidatos mais adequados à vaga.

A outra forma mais comum é contratar empresas especializadas, como as consultorias de seleção, os conhecidos *headhunters* (caçadores de talentos). A empresa contratada divulga a vaga, recruta os candidatos e encaminha para a entrevista de seleção na empresa requisitante. Existem muitas vantagens em poder contar com o apoio dessas empresas, por elas terem condições de encontrar mais rápida e eficazmente determinadas qualificações que não estão ao alcance da área de recrutamento e seleção da empresa. Por serem contratadas para prestarem esse serviço, as consultorias devem ser bastante criteriosas e exigentes na busca do perfil de candidatos, sem falar na questão tempo, que, neste caso, deixaria a empresa mais voltada às entrevistas finais. Se forem bem escolhidas, as consultorias podem poupar tempo e dinheiro e ainda fazer um trabalho melhor que a área de RH. Determinadas empresas definem seus parceiros e fazem toda a sua seleção via consultoria, outras apenas usam-na para cargos de níveis mais altos da organização (até por saberem que os candidatos são mais encontrados por redes de relacionamentos e que as consultorias são especializadas nisso).

Muitas são as empresas que contam com a internet para achar seus candidatos, bem como anúncios nos murais das universidades, *e-mails* para classes profissionais, clientes e fornecedores. A internet tem revolucionado os meios de se localizar candidatos, por sua agilidade e seu fácil acesso. Muitos *sites* foram criados em função dessa necessidade, entretanto aquela proporção quantidade X qualidade deve ser considerada aqui. O recebimento de currículos por *e-mail*, ou *softwares* especializados em cadastros de currículos, tem sido muito usado pelas empresas. Mas vale lembrar que, para determinadas vagas, os candidatos ainda não possuem acesso à internet e recorrem à entrega do currículo em papel. Nesses casos, deve haver flexibilidade e conhecimento da empresa para saber onde é melhor localizar tais profissionais. Algumas pessoas ainda possuem o costume de levar o currículo até a porta da empresa como uma forma de economizar em valores postais e de tentar serem entrevistadas.

A contratação de funcionários temporários tem sido alternativa considerada rápida e eficiente pelas empresas. Segundo Robbins (2001), um grupo de organizações cada vez maior está utilizando as vagas temporárias como forma de seleção de seus empregados permanentes. Em minha experiência, essa forma tem funcionado efetivamente. Claro que os candidatos mais preparados não se interessam pelas vagas temporárias, mas, considerando o grande *turn over* existente nas empresas, torna-se possível encontrar funcionários altamente qualificados para realizar tais funções. A experiência é boa para candidato e empresa porque ambos ganham com esta possibilidade. A empresa soluciona seu problema de falta de pessoas ou aumento sazonal de demanda, e o candidato está trabalhando, sendo remunerado e adquirindo experiência. Se o caminho dessa relação finalizar num processo de contratação, o risco tomado pelo candidato de aceitar uma proposta temporária já valeu. Depois de 90 dias, por exemplo, de bom desempenho do trabalho, depois

de já conhecer a empresa, o funcionário temporário possui vantagens em relação a qualquer candidato externo se fosse aberto um processo seletivo. Por essa razão, os processos nem chegam a ser abertos.

Há, ainda, uma forma mais econômica e mais utilizada pelas empresas que é receber indicações de seus próprios funcionários para as oportunidades existentes na empresa. Afinal, quem são as melhores pessoas para saber se um conhecido está apto a desempenhar determinada função, ou estar de acordo com a cultura e os valores das empresas que não os próprios colegas de trabalho? Existem empresas que fazem campanhas para estimular as indicações por parte de seus funcionários. Algumas pesquisas (MILKOVICH & BOUDREAU, 2000) sugerem que este tipo de candidato possui menor probabilidade de sair da empresa durante o primeiro ano, respeitando, necessariamente, locais adequados de trabalho. Tais indicações têm funcionado (nas empresas em que as indicações feitas de forma comprometida já estão inseridas na cultura dela) porque é improvável que os funcionários recomendem um candidato não-qualificado ou com probabilidade de ser um mau funcionário. Já trabalhei em uma empresa em que a matriz nos EUA oferecia aos empregados o valor de U$ 250,00 dólares pelos candidatos indicados que haviam sido escolhidos ao término do processo. Talvez isso no Brasil não seja possível, mas somente o fato de indicar pessoas já produz nos funcionários um sentimento de pertencimento, importância e de valorização.

A função do recrutamento é obter um número adequado de currículos para serem encaminhados à próxima etapa. Ele não tem por objetivo selecionar os candidatos, mas pode e deve barrar candidatos que não estão alinhados ao perfil desejado pela empresa. Em outras palavras, o recrutamento é um filtro dos candidatos mais apropriados para chegarem à entrevista de seleção.

Cabe salientar que não existe um recurso de captação melhor que o outro. Cada situação deve ser analisada conforme as necessidades de cada vaga.

A entrevista de seleção

A entrevista de seleção tem a responsabilidade de dar ao entrevistador e ao candidato uma oportunidade para que obtenham as informações necessárias para tomarem a melhor decisão, tanto a de querer entrar para determinada empresa quanto a de querer contratar aquela pessoa.

Para boa condução de uma entrevista, várias etapas podem ser seguidas. A primeira delas é conhecer os requisitos da função e da empresa (a função para qual a pessoa está se candidatando, o que se pretende encontrar em termos técnicos e comportamentais). Tendo esta clareza, outras condutas são importantíssimas, como ser cordial, chegar no horário da entrevista, preparar o ambiente em que ela se realizará. O ambiente deve ser um local privado e confortável, sem ruídos ou interrupções para que o candidato sinta-se livre e confortável em falar de si. Em termos psicológicos, seria interessante que o entrevistador recebesse e encaminhasse o candidato até o local. A apresentação do entrevistador e o *rapport* adequado também se fazem necessários.

A entrevista deve possuir planejamento e tempo previamente delimitados, não devendo ser improvisadas. O tipo de entrevista, as perguntas a serem realizadas e as informações que serão dadas a respeito da empresa e da função devem estar previamente planejadas pelo entrevistador. A entrevista de seleção é uma etapa diferente do recrutamento, nesta haverá a possibilidade de conhecer de forma mais aprofundada o candidato, podendo ser uma entrevista estruturada ou não-estruturada.

A forma estruturada prevê um roteiro de perguntas, como, por exemplo, história profissional, conhecimento da função, história pessoal, entre outras. As perguntas que serão realizadas são decididas antes do início da entrevista. Entre as vantagens desse tipo de entrevista salienta-se que: a clareza de perguntas e de objetivos facilita a decisão, a obtenção de respostas de acordo com a necessidade da área requisitante, assim como reforça técnicas eficazes de entrevistas, aumentando a confiança do entrevistador.

A entrevista não-estruturada não prevê roteiro, sendo livre para discutir qualquer assunto, considerando perguntas amplas e gerais. Para Robbins (2001), os resultados de uma entrevista sem estrutura podem estar comprometidos e ser tendenciosos, uma vez que os entrevistadores têm a possibilidade de favorecer candidatos que compartilham de suas atitudes e idéias.

Outros entrevistadores e autores consideram a entrevista semi-estruturada como uma alternativa a perguntas prontas ou abertas. Nesse conceito, o objetivo é preparar algumas questões, mas deixar alguns assuntos livres para abordar dependendo do decorrer da entrevista.

A condução da entrevista normalmente é realizada por apenas um entrevistador, entretanto algumas empresas preferem já conduzir a etapa de entrevista com o gerente responsável pela área ou por alguém indicado por ele. Na minha experiência a entrevista realizada com o gerente da área requisitante é mais completa e, ainda, agiliza o processo. Quanto mais se entrevista de forma conjunta (RH e área solicitante), mais se aprende sobre aquela área e aquele gestor. Os candidatos recebem as mesmas informações e isso gera integração entre as áreas. Mais do que integração, é uma ótima oportunidade de treinar, preparar e educar indiretamente aqueles gestores que não possuem este *know-how* a fim de capacitá-los para serem mais ativos neste processo.

Atualmente, outras pessoas da equipe, além do gerente, também participam da decisão. E, em algumas empresas, não só os colegas da equipe, mas também a área cliente participa na tomada de decisão. Deve haver cuidado, aqui, por parte do profissional de RH de não permitir que os gerentes queiram levar muitas pessoas para a entrevista, bem como estipular o número de entrevistas que farão.

Apesar de não existir uma entrevista idêntica à outra e variar de entrevistador para entrevistador, ela pode seguir uma seqüência tal como (MILKOVICH & BOUDREAU, 2000):

1) Introdução: Momento de conversas amenas para deixar o candidato à vontade, momento de se fazer o *rapport*, para que possua a idéia de como será o processo de entrevista e até mesmo das etapas de seleção.
2) Interrogatório: Iniciado pelo entrevistador, firmado nas informações que necessitam ser obtidas do candidato, podendo ser perguntas que denotem as forças e fraquezas do profissional que está sendo avaliado, bem como um teste de suas habilidades em relação àquele momento.
3) Venda/ Avaliação: Momento do candidato de detalhar melhor as informações a seu respeito, fazer perguntas sobre a empresa e a função e até mesmo fazer considerações. Realizar todas as questões possíveis, para que saia do processo sem dúvidas. É um momento riquíssimo tanto para entrevistador quanto para candidato, pois o entrevistador pode também aproveitar para criar uma boa imagem da empresa, estimulando nos candidatos a vontade de fazer parte dela. E, nesse momento, é importantíssimo que o candidato faça questionamentos que avaliem a empresa, afinal, este é o momento de ele verificar se a empresa o interessa, se será desafiante e agregadora para sua experiência, se ela possui relação com os seus valores pessoais, etc.

4) Conclusão: Nesta hora é importante que o entrevistador sinalize ao candidato que a entrevista está chegando ao fim, para que este ainda possa detalhar mais alguma informação ou fazer alguma pergunta. As etapas subseqüentes ou a data da resposta são informadas. Alguns entrevistadores preferem já dar uma noção das possibilidades do candidato em relação à vaga, ou dos aspectos positivos dele diante do processo.

O que se avalia?

É importante avaliar numa entrevista de seleção de pessoal aspectos como: experiência técnica, habilidades e aptidões importantes para a realização da tarefa; história pessoal e pregressa, contexto atual e profissional do indivíduo; características como motivação, planejamento do pensamento, ambição, comunicação verbal e não-verbal, postura, clareza de raciocínio, relacionamento interpessoal, nível de ansiedade e expectativas futuras. Motivo de saída de outros empregos e pretensão salarial também devem ser avaliados na entrevista.

Para isso, é imprescindível ao entrevistador conhecer a organização e sua estratégia, as tarefas e responsabilidades do cargo e as características da área em que a pessoa irá trabalhar, o estilo de gestão do gerente, bem como suas expectativas, características do grupo, pré-requisitos. Sem esses conhecimentos, tanto o recrutamento quanto a entrevista já perderam o foco, e como conseqüência perde-se tempo e gera-se *retrabalho*.

Comportamentos do entrevistador:

Segundo Milcovich & Boudreau (2000), alguns comportamentos do entrevistador podem ser prejudiciais no momento da entrevista e isso pode ocorrer quando há ausência de

orientação e treinamento das pessoas envolvidas no processo de entrevista. Seguem algumas considerações:

1) A exigência de acerto, que tanto o entrevistador como a própria organização impõe, torna a avaliação demasiadamente forte nos pontos negativos do candidato, sendo qualquer pormenor apresentado por este encarado como fator negativo.
2) Os entrevistadores tendem a fazer perguntas que confirmem suas primeiras impressões (seja sobre currículo, informações extras ou mesmo impressões de um contato inicial). Dessa forma, os entrevistadores perdem a oportunidade de realizar uma entrevista mais produtiva.
3) Ausência de informações importantes relativas ao cargo tem como conseqüência pouca assertividade, desperdiçando o momento de fazer perguntas mais diretas às suas necessidades.
4) Proporcionar efeito de contraste, ou seja, colocar um candidato forte e imediatamente um fraco pode valorizar demais o forte, dando margem a uma impressão (não-confirmada) de que este esteja mais preparado para a vaga.
5) Perde-se tempo em discussões que não estão de acordo com a entrevista, ao deixar-se levar por assuntos outros sem relação ao trabalho. Normalmente pessoas sem experiência em condução de entrevistas facilmente abordam outros temas.
6) Julgamentos precipitados podem não dar oportunidade ao candidato de expor suas qualidades, bem como julgamentos predeterminados por parte do entrevistador podem formar impressões incorretas. Alguns preconceitos ou perguntas discriminatórias dos entrevistadores podem não ser produtivas e podem levar os candidatos a se sentirem invadidos por perguntas que não possuam relação com o trabalho. Segundo Robbins (2002), muitas perguntas, relativas

a estado civil, relações familiares, idade, raça, religião, crédito na praça, classe social, podem ser evitadas. Tais perguntas podem ser feitas de outra forma. Por exemplo, em vez de perguntar "Você tem filhos e quem cuida deles?", a pergunta pode ser "Há algum motivo pelo qual você não possa fazer horas extras com freqüência (ou viajar a trabalho) ao longo do mês?". Dessa forma, segundo o autor, não é necessário fazer perguntas especulativas e discriminatórias sobre a vida do indivíduo, mas apresentar questões que envolvam e estejam relacionadas ao trabalho. Esse cuidado teve seu início nos Estados Unidos por questões meramente legais do país, mas, sem dúvida, remete-nos a questionar sobre a forma como perguntamos acerca da vida do indivíduo e que é possível fazermos perguntas sem estarmos levando para a entrevista nossos valores e julgamentos pessoais. Já tive oportunidade de entrevistar dentro desse formato, por ter trabalhado em uma empresa, que, além de americana (ou seja, trazia em sua cultura tais cuidados legais), também se preocupava em não invadir a particularidade e privacidade do candidato, realizando entrevistas baseadas nas experiências profissionais. O *feedback* que os candidatos me davam é que se sentiam muito mais confortáveis nessas entrevistas, por não se sentirem invadidos ou por não serem questionados por perguntas, que, no seu ponto de vista, não tinham relação com a função e com o que eles poderiam agregar para a organização. Ter tal experiência e os sentimentos das pessoas me fizeram acreditar que essas perguntas são realmente desnecessárias.

Considerações sobre o Processo de Seleção

Alguns pontos importantes a ser considerados durante o processo de seleção:

a) A escolha do candidato que irá preencher a vaga deve ser do gerente da área; o papel do profissional de RH é facilitar e oferecer as melhores possibilidades para os gestores. Há espaço para trocas, para influenciar, mas a decisão é do gestor da área.

b) Candidatos muito bons, mas que não apresentam toda a experiência necessária, podem ser igualmente contratados, desde que a empresa tenha tempo para promover e/ou acompanhar o seu desenvolvimento.

c) Cuidar para que gerentes, que possuem dificuldade de selecionar talentos, não boicotem o processo ou decidam por candidatos mais fracos. Isso levará a empresa, em pouco tempo, a se tornar mediana. Entretanto, não é necessário buscar sempre as melhores e as mais brilhantes pessoas. Em algumas situações, isso pode ser oneroso para a empresa e pode, dependendo do caso, criar problemas futuros, de desmotivação, de desistência em função de o funcionário achar que não está usando todo o seu conhecimento e potencial.

d) Candidatos são selecionados para darem resultados à organização e não por serem parecidos com os envolvidos no processo.

e) Considerar que a diversidade de pessoas proporciona um ambiente rico em trocas e geração de soluções criativas, permitindo que os funcionários complementem seus pontos fortes e aprimorem seus pontos fracos.

f) Em alguns casos, o profissional de RH busca um candidato e o gerente busca outro. Portanto é condição essencial o alinhamento dos profissionais envolvidos no processo. Assim ganha-se tempo e minimizam-se despesas para o alcance do objetivo.

Comportamentos do candidato

Determinados comportamentos demonstrados por alguns candidatos durante a entrevista e que podem ser transformados pelo entrevistador:

a) Para candidatos pouco objetivos, é necessário que se introduza com segurança outra pergunta, para que eles possam reformular e voltar ao objetivo da entrevista. Para os muito objetivos (monossilábicos), uma entrevista baseada em experiências profissionais (comportamento) pode ser uma alternativa, ou perguntas situacionais. Ex: "Conte-me uma situação em que você liderou um projeto?" ou "Diante de um cliente irritado, qual sua primeira atitude?".

b) Muitos candidatos se "fantasiam" e apenas falam aquilo que se espera ser dito. Por exemplo, o candidato está se candidatando para uma empresa de tecnologia e ele vai para a entrevista afirmando ser muito dinâmico, estar pronto para mudanças, gostar de inovações.

c) Muitos candidatos fogem das perguntas, tentando conduzir a entrevista, fazendo uma troca de papéis. Nesse caso, indique ao candidato que o entrevistado é ele.

d) Agressividade por parte do candidato também pode aparecer, mas conduza a entrevista sem levar a situação para o lado pessoal.

Outras técnicas de seleção

Assim, como a entrevista, outras técnicas complementares podem ser usadas no processo seletivo:

Provas de conhecimentos gerais: São utilizadas por empresas, normalmente de grande porte, geralmente em vagas disputadas por *trainees* ou estagiários, em que, há um enorme

número de candidatos e essa etapa passa a ser uma etapa eliminatória. São provas que investigam cultura e conhecimentos gerais.

Provas de idiomas: Podendo ser por meio de entrevista ou escrita, são utilizadas por empresas de grande porte que necessitam desse conhecimento para a realização do trabalho, normalmente para programas de estagiários, *trainees*, cargos gerenciais e funções que exijam outro idioma.

Conhecimento técnico: As provas de conhecimento técnico são adequadas quando há uma necessidade de avaliação mais específica do conhecimento do candidato em relação à função que ele vai exercer na empresa, como, por exemplo, o conhecimento que ele possui sobre computadores quando ele está se candidatando a suporte técnico nessa área. Ou seja, são utilizados para cargos mais técnicos, em que há uma necessidade indispensável de operar uma máquina ou realizar uma tarefa específica.

Testes psicométricos e projetivos: Cada vez mais usados por algumas empresas com o objetivo de ter uma avaliação mais completa do candidato, pois reforçam e salientam aspectos como personalidade, físicos e intelectuais. Os psicométricos podem ajudar a avaliação de cargos mais técnicos e os testes projetivos, avaliar características de personalidade mais específicas. Eles podem ser tanto genéricos, avaliando traços gerais de personalidade ou específicos, identificando aspectos da personalidade como equilíbrio emocional, frustrações, motivação, entre outros.

Situacional: É o conjunto de situações-problema ou questões que remetam ao candidato uma argumentação sobre a sua atuação diante do fato colocado. Mais usado em etapas finais do processo de seleção, com candidatos finalistas. É uma ótima oportunidade de verificar como os candidatos resolvem problemas.

Dinâmicas de grupo: São jogos ou simulações que facilitam a observação das pessoas em seus comportamentos e reações nas diversas situações do cotidiano. Cada situação é determinada de acordo com o que se pretende avaliar. Nela, é possível observar relacionamento interpessoal, liderança, iniciativa, rapidez, originalidade de pensamento, agressividade, persistência, trabalho sobre pressão, dinamismo, postura, entre outros comportamentos. Cabe ressaltar que a entrevista coletiva não substitui a individual, sendo elas etapas/técnicas complementares de um processo de seleção. Para tal técnica é necessário planejamento em relação ao número de candidatos, espaço usado pelo entrevistador, material e tempo necessários para o desenvolvimento da técnica.

Entrevistas baseadas no comportamento: Outro modelo de entrevista muito usado nas empresas tem sido a entrevista comportamental baseada em competências. Criada por psicólogos e popularizada por Paul Green, na década de 1970, esse tipo de entrevista investiga na essência os comportamentos passados dos candidatos, levando em conta a premissa de Willian Owens que "o que melhor prediz o comportamento futuro é o comportamento passado". Em outras palavras, são perguntas e situações colocadas ao candidato que investiguem comportamentos específicos do passado deste e que podem predizer ações e estilo pessoal (PAUL GREEN, 1999). As perguntas são estruturadas, relacionadas à experiência profissional do candidato. Dessa forma, são realizadas perguntas abertas, solicitando evidências de habilidades relacionadas ao trabalho e a situações que tenham contexto, ação e resultado da ação específica (GREEN, 1999 & RABAGLIO, 2001).

Segundo Rabaglio, 2001, cada entrevista é planejada com base no perfil de competências que cada cargo deve possuir na organização, portanto são entrevistas únicas para cada cargo e função e, como conseqüência, o entrevistador provará por evidências o que candidato disse, pensou, sentiu e fez em

determinada situação e, a partir disso, torna-se mais fácil avaliar se o indivíduo possui a competência esperada para a realização da função. Por exemplo, se, para realizar um determinado trabalho dentro de uma empresa, é necessário que o candidato possua competência para trabalho em equipe, uma pergunta que poderia ser feita é: "Conte-me uma situação em que você enfrentou problemas de relacionamento interpessoal dentro da equipe e o que você fez para resolvê-los?".

Com esse tipo de pergunta, espera-se que ele comente uma situação real que tenha vivido no trabalho, qual foi a ação tomada por ele para resolver o problema e qual foi o resultado dessa ação. Dessa forma, respostas vazias, incompletas e imprecisas não têm qualquer relação e assertividade com esse modelo de entrevista. Algumas dicas importantes para este método:

1) dar ênfase às experiências relevantes dos candidatos, bem como experiências recentes, não focando informações ultrapassadas;
2) deixar o candidato à vontade para falar de um comportamento ou situação negativa vivenciada;
3) analisar se as competências que obtiveram baixo desempenho seriam passíveis de treinamento e se este tempo está de acordo com a necessidade da vaga e da empresa;
4) se a pessoa não lembra ou não teve determinada experiência, peça a ela que elabore uma resposta baseada em como ela agiria.

Como condução dessa entrevista, Rabaglio (2001), sugere que seja realizada uma introdução (momento em que são feitas apresentações, estabelece-se o *rapport* para deixar o candidato à vontade e são fornecidas informações gerais sobre a vaga), após checar informações pessoais e profissionais dos candidatos, bem como informações ausentes ou inconsistentes no currículo. A partir disso, abre-se para as perguntas baseadas em

comportamentos, em que será usado o maior tempo da entrevista, preferencialmente com as perguntas estipuladas para cada competência que se pretende avaliar. Para finalizar, a autora sugere que se dê a oportunidade ao candidato para comentar algo ou mesmo fazer alguma pergunta.

Esse modelo de entrevista, na minha opinião, é a entrevista que mais se aproxima da vida real do candidato. Os tipos de perguntas feitas não aceitam qualquer resposta, diferenciando o candidato com experiência consistente daquele inconsistente. O fato de definirmos as competências imprescindíveis, necessárias e interessantes para cada função traz uma clareza do que é necessário avaliar e, dessa forma, a escolha torna-se mais efetiva e assertiva. Além disso, este tipo de pergunta deixa desprevenidos os candidatos que se preparam para entrevistas, com respostas automáticas e prontas.

Considerações finais

A contratação realizada de forma eficaz é o início para conduzir as organizações ao sucesso. Sem as pessoas certas, nos lugares certos, não é possível ter um desempenho excepcional. Equipamentos, instalações, tecnologias podem ser facilmente adquiridos, mas ter pessoas que possuam conhecimentos e talentos necessários para se alcançar os resultados positivos de uma empresa não é tarefa fácil. Em função disso, a área de recrutamento e seleção deixa de ser mais uma tarefa dentro da organização para assumir um papel estratégico responsável pela condução e obtenção dos resultados da empresa por intermédio de pessoas.

Aprendi que de nada adianta qualquer técnica, estrutura de entrevista ou várias etapas em um processo seletivo se o entrevistador não conhece a organização (seus valores, seus objetivos, sua cultura), o dia-a-dia da área que necessita de um

profissional, ou que não trata com respeito e valor o candidato. Acredito, cada vez mais, em um trabalho compartilhado entre área de RH e gerências, e, nesse sentido, temos um papel importante de construir juntamente com estes gerentes o que queremos e buscamos em relação às pessoas dentro da organização.

Depois de escrever o capítulo, questionei-me muito sobre o papel de RH nesse contexto. Será o papel de executor ou assessor nesse processo? Será que os profissionais de seleção possuem relação suficientemente próxima com as áreas a ponto de torná-los muito mais ativos? E não apenas recebedores de informações e pessoas?

Outro questionamento que faço é o quanto tem sido desafiante para os profissionais de Recursos Humanos trabalhar com recrutamento e seleção. O que estamos produzindo em termos de renovação e inovação dos nossos processos, etapas e, principalmente, o nosso estilo de conduzir os processos? Será que não estamos ainda apegados às entrevistas tradicionais, com caráter ainda subjetivo, unilateral? Estamos respeitando devidamente os candidatos?

Ao reler o capítulo, percebo que escrevi talvez firmada em uma estrutura ideal, talvez ainda tradicional. Mas me questiono se nosso dia-a-dia é tão ideal e tão estruturado. Descobrimos os melhores candidatos em nosso mercado? Encontramos opções, a ponto de escolhermos o mais adequado? Ou, em muitos momentos, somente preenchemos as vagas? A estrutura de processos que oferecemos dá oportunidade aos candidatos de se apresentarem de forma consistente? Ainda não estamos em um processo unilateral sem nos darmos conta de que o perfil das pessoas mudou e que elas há muito tempo são ativas nesse processo e possuem a oportunidade de escolher?

Acredito que pouco temos evoluído nesse caminho. A entrevista baseada em competências, na minha opinião,

transforma o modelo tradicional e é uma evolução muito positiva desse processo. Positiva porque ela sai do caráter subjetivo, possuindo dados mais concretos para serem analisados; é tratada como um momento único pois cada cargo requer um planejamento prévio quanto a competências e perguntas a serem feitas. E, nessa forma, o candidato se sente realmente avaliado. Mas, para determinadas empresas, esse modelo talvez não seja o melhor. Contudo, só o fato de pensarmos e refletirmos sobre isso já nos tira de uma posição de conforto.

Enfim, como profissionais de Recursos Humanos, temos de continuar refletindo sobre os nossos processos, a fim de sermos cada vez mais estratégicos e assertivos para a organização que trabalhamos ou que prestamos serviços e menos mecânicos nos processos seletivos.

Referências bibliográficas

GREEN, Paul. *Desenvolvendo Competências Consistentes: Como vincular sistemas de Recursos Humanos a estratégias organizacionais*.

MILKOVICH, George & BOUDREAU, John. *Administração de Recursos Humanos*. Ed. Atlas, 2000.

RABAGLIO, Maria Odete. *Seleção por Competências*. Ed. Educator, 2002.

ROBBINS, Stephen. *Administração: Mudanças e Perspectivas*. Ed. Saraiva, 2001.

ROBBINS, Stephen. *Comportamento Organizacional*. Ed. Prentice Hall, 2002.

Sobre os(as) autores(as)

Mônica Medeiros Kother Macedo (org.)
Psicóloga. Psicanalista. Mestre em Educação pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Doutoranda em Psicologia no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS. Professora Assistente e Coordenadora do Serviço de Atendimento Psicológico (SAP) da Faculdade de Psicologia da PUCRS. Membro Pleno do Núcleo de Estudos Sigmund Freud (Porto Alegre) e da Sociedad Psicoanalítica del Sur de Buenos Aires. monicakm@pucrs.br

Leanira Kesseli Carrasco (org.)
Psicóloga. Especialista em Diagnóstico Psicológico pela PUCRS. Mestre em Educação e Doutora em Psicologia pela PUCRS. Professora Adjunta e Coordenadora do Departamento de Psicologia Clínica da Faculdade de Psicologia da PUCRS. carrasco@pucrs.br

Adriana Ampessan
Psicóloga. Psicanalista. Membro Titular do Núcleo de Estudos Sigmund Freud. Candidata em formação pelo Instituto de Psicanálise da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre. adrigiba@hotmail.com

Ângela Cristina Barrios Pratini Seger
Psicóloga Clínica. Especialista em Psicoterapia na Adolescência. Mestre em Educação. Professora Assistente da Faculdade de Psicologia da PUCRS. aseger@pucrs.br

BLANCA SUSANA GUEVARA WERLANG
Psicóloga Clínica. Doutora em Ciências Médicas, Área de Saúde Mental, pela Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. Diretora e Professora Adjunta da Faculdade de Psicologia da PUCRS. bwerlang@pucrs.br

CAROLINA NEUMANN DE BARROS FALCÃO
Psicóloga. Psicanalista em formação pelo Núcleo de Estudos Sigmund Freud. Mestranda em Psicologia Clínica no Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia da PUCRS. carolfalcao@yahoo.com.br

DENISE DA COSTA HAUSEN
Psicóloga. Psicanalista. Membro Pleno do Centro de Estudos Psicanalíticos de Porto Alegre (CEP-PA). Mestre em Psicologia Clínica pela PUCRS. Doutora em Psicologia pela PUCRS. Professora Assistente da Faculdade de Psicologia da PUCRS. deniseh@pucrs.br

DULCE HELENA AGUILAR BALDO
Psicóloga. Especialista em Psicoterapia. Mestre em Educação. Professora Assistente e Coordenadora do Departamento de Psicologia Escolar da Faculdade de Psicologia da PUCRS. Supervisora do Estágio de Psicologia Institucional no Hospital São Lucas da PUCRS. dbaldo@pucrs.br

FABRÍCIA RAMOS
Psicóloga. Especialista em Administração de Recursos Humanos pela PUCRS. Experiência em RH como consultora interna. Especialista em Seleção – Claro – RS. Especialista em Comunicação Interna – Claro – RS/SC/PR. Consultora Interna de Recursos Humanos, responsável pela Claro Regional PR/SC. fabricia.ramos@claro.com.br

IRANI DE LIMA ARGIMON
Psicóloga Clínica. Mestre em Educação pela PUCRS. Doutora em Psicologia pela PUCRS. Professora Adjunta da Faculdade de Psicologia PUCRS. Tutora do Programa Especial de Treinamento (PET) da Faculdade de Psicologia da PUCRS. argimoni@pucrs.br

JACQUELINE POERSCH MOREIRA
Psicóloga. Especialista em Psicologia Escolar pela PUCRS. Mestre em Educação pela PUCRS. Terapeuta de indivíduos, casais e família. Professora Titular e ex-Diretora da Faculdade de Psicologia da PUCRS. Pró-reitora de Assuntos Comunitários da PUCRS. jpmoreira@pucrs.br

JANICE DE OLIVEIRA CASTILHOS VITOLA
Psicóloga. Especialista em Psicoterapias Humanístico-Existenciais pela PUCRS. Mestre em Psicologia Clínica pela PUCRS. Professora Assistente da Faculdade de Psicologia da PUCRS. javitola@pucrs.br

JULIANA RAUSCH POTTER
Psicóloga Clínica. Psicoterapeuta de casais e de família em formação no Instituto da Família. Psicóloga do Hospital da Criança Santo Antônio. jupotter@terra.com.br

KELLY CARDOSO PAIM
Acadêmica do curso de Psicologia da FAPSI PUCRS. Membro da Equipe de tratamento do tabagismo – Viva sem cigarro – UDA Hospital Mãe de Deus. kellypaim@brturbo.com

MARIA LÚCIA TIELLET NUNES
Psicóloga. Doutora em Psicologia pela Universidade Livre de Berlim, Alemanha. Professora Titular e Coordenadora do Programa de Pós-graduação da Faculdade de Psicologia da PUCRS. tiellet@pucrs.br

MARTA CEMIN
Psicóloga. Mestre em Psicologia pela PUCRS. Psicoterapeuta familiar e de casais. Colaboradora do Grupo de Pesquisa: Relações Grupais do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS. martacem@terra.com.br

NÁDIA MARIA MARQUES
Psicóloga Clínica. Mestre em Psicologia Clínica pela PUCRS. Professora Assistente da Faculdade de Psicologia – PUCRS. nmarques@pucrs.br

NADIR HELENA SANCHOTENE DE SOUZA
Psicóloga. Mestre em Psicologia Clínica pela PUCRS. Terapeuta de indivíduos, casais e família.

NELSON ASNIS
Médico Psiquiatra. Especialista em Psiquiatria pela Fundação Universitária Mário Martins (FUMM). Especialista em Endocrinologia pela Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre (FFFCMPA). Mestre em Farmacologia pela FFFCMPA. Professor de Psiquiatria da FUMM. Professor Assistente da Faculdade de Psicologia da PUCRS. Doutorando em Psicologia no Programa de Pós-Graduação PUCRS.
nelsonasnis@aol.com

NERI MAURÍCIO PICCOLOTO
Médico. Psiquiatra. Professor do curso de Especialização em Psicoterapias Cognitivo- Comportamentais da Universidade do Vale dos Sinos (UNISINOS). Mestrando em Psicologia Clínica no programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS. piccoloto@terra.com.br

RICARDO WAINER
Psicólogo. Mestre e Doutor em Psicologia pela PUCRS. Professor Adjunto da Faculdade de Psicologia da PUCRS. Membro fundador da Sociedade Brasileira de Terapias Cognitivas (SBTC). wainer@pucrs.br

SISSI VIGIL CASTIEL
Psicóloga. Psicanalista. Doutora em Psicanálise pela Universidade Autônoma de Madri. Membro Pleno do Núcleo de Estudos Sigmund Freud de Porto Alegre (NESF). scastiel@terra.com.br

TEREZINHA RECH
Psicóloga. Mestre em Educação pela PUCRS. Doutora em Psicologia pela PUCRS. Terapeuta de indivíduos, casais e família. Professora Adjunta da Faculdade de Psicologia da PUCRS. trech@pucrs.br